

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie



**REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ A UMĚLÁ POTRATOVOST  
V LATINSKÉ AMERICE A KARIBIKU**  
REPRODUCTIVE HEALTH AND INDUCED ABORTION IN  
LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

Diplomová práce

Lucie Komrsková

2014

Vedoucí diplomové práce: RNDr. J. Kocourková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 15. 8. 2014

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své diplomové práce  
RNDr. Jiřině Kocourkové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a věnovaný čas. Poděkování patří  
také mému příteli a celé rodině za všeobecnou podporu a trpělivost během zpracování této  
práce.

## **Reprodukční zdraví a umělá potratovost v Latinské Americe a Karibiku**

### **Abstrakt**

Cílem předkládané práce je podat ucelený obraz reprodukčního zdraví obyvatelstva Latinské Ameriky a Karibiku a zároveň zhodnotit úroveň umělé potratovosti v tomto regionu. V teoretické části práce je vymezen pojem reprodukčního zdraví, jsou zde popsány ukazatele hodnotící jeho úroveň, a dále je zde vysvětlen rozdíl mezi bezpečným a nebezpečným umělým přerušením těhotenství a přiblížen stav potratové legislativy. Další část práce je věnována podpoře programů plánovaného rodičovství. V analytické části jsou státy Latinské Ameriky a Karibiku pomocí metody shlukové analýzy rozděleny do čtyř skupin, a v každé z nich je vždy blíže charakterizována jedna vybraná země. Ukazatele vstupující do analýzy vypovídají o úrovni reprodukčního zdraví, úrovni porodnosti a ekonomické výkonnosti států na počátku 21. století. V části zaměřené na úroveň umělé potratovosti v regionu bylo zjištěno, že Latinská Amerika a Karibik přes jednu z nejvyšších úrovní prevalence antikoncepce vykazuje také nejvyšší úroveň umělé potratovosti na světě. V poslední části práce je pomocí korelační analýzy zkoumán vztah mezi úrovní prevalence antikoncepce a úrovní úhrnné plodnosti, a mezi úrovní prevalence antikoncepce a přísností zákonů týkajících se umělého přerušení těhotenství.

**Klíčová slova:** Latinská Amerika a Karibik, reprodukční zdraví, prevalence antikoncepce, umělé přerušení těhotenství, shluková analýza, programy plánovaného rodičovství

## **Reproductive health and induced abortion in Latin America and the Caribbean**

### **Abstract**

The objective of this study is to give a comprehensive overview of the reproductive health of the population living in Latin America and the Caribbean, and to evaluate the level of induced abortion in the region at the same time. In the theoretical part of the study the term reproductive health is defined and indicators evaluating its level are described. As well the difference between safe and unsafe abortion is explained and the state of abortion law is expounded in this part. Next part is devoted to the promotion of family planning programs. In the analytical part Latin American and Caribbean countries are divided into four groups by using cluster analysis. Within each group one selected country is characterized in more detail. Indicators entering into the analysis show the level of reproductive health, the level of fertility and the economic performance of countries in the early 21st century. In the part related to the induced abortion rate in the region is discovered that despite the fact that in Latin America and the Caribbean there is one of the highest levels of contraceptive prevalence, there is also the highest level of induced abortion in the world. In the last part of the study the relationship between level of contraceptive prevalence and total fertility rate is investigated using correlation analysis, and the relationship between level of contraceptive prevalence and the rigidity of abortion law is explored as well.

**Keywords:** Latin America and the Caribbean, reproductive health, contraceptive prevalence, induced abortion, cluster analysis, family planning programs

## OBSAH

<b>Přehled použitých zkratk</b> .....	<b>8</b>
<b>Seznam tabulek</b> .....	<b>9</b>
<b>Seznam obrázků</b> .....	<b>10</b>
<b>1 Úvod</b> .....	<b>12</b>
<b>2 Charakteristika regionu</b> .....	<b>14</b>
<b>3 Teoretické vymezení problematiky umělé potratovosti a reprodukčního zdraví</b> .....	<b>16</b>
3.1 Vymezení pojmu reprodukční zdraví .....	16
3.1.1 Vybrané definice sexuálního a reprodukčního zdraví a práv .....	16
3.1.2 Co ovlivňuje sexuální a reprodukční zdraví .....	18
3.2 Ukazatele úrovně reprodukčního zdraví .....	20
3.3 Umělé přerušení těhotenství .....	24
3.3.1 Umělé přerušení těhotenství a metody provádění .....	24
3.3.2 Bezpečná a nebezpečná umělá přerušení těhotenství .....	26
3.3.3 Právní rámec umělých potratů .....	28
<b>4 Metodika a data</b> .....	<b>31</b>
4.1 Datové zdroje .....	31
4.2 Definice ukazatelů .....	32
4.2.1 Reprodukční zdraví .....	32
4.2.2 Umělé přerušení těhotenství .....	34
4.2.3 Plodnost žen .....	34
4.2.4 Ukazatele ekonomické vyspělosti .....	35
4.3 Užití statistické metody .....	35
<b>5 Charakteristika programů plánovaného rodičovství</b> .....	<b>39</b>
5.1 Co je to plánované rodičovství .....	39

5.2 Podpora programů plánovaného rodičovství .....	40
5.2.1 Regulace úrovně porodnosti.....	42
<b>6 Analytická část .....</b>	<b>46</b>
6.1 Ukazatele vstupující do shlukové analýzy .....	46
6.2.1 První skupina a Chile.....	57
6.2.2 Druhá skupina a Peru.....	60
6.2.3 Třetí skupina a Jamajka .....	62
6.2.4 Čtvrtá skupina a Haiti .....	65
6.3 Úroveň umělé potratovosti v Latinské Americe a Karibiku .....	68
6.4 Korelační analýza .....	70
<b>7 Závěr .....</b>	<b>73</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>76</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>81</b>

## **PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK**

APROFA	Asociación Chilena de Protección de la Familia
CRR	Centrum for Reproductive Rights
HDP	Hrubý domácí produkt
IPPF	First International Planned Parenthood Federation
IUD	intra-uterine device
MSM	Men who have sex with men
NHS	National Health Service
OSN (UN)	Organizace spojených národů (United Nations)
PPP	Purchasing Power Parity
PR	Plánované rodičovství
PRB	Population Reference Bureau
SZÚ	Státní zdravotní ústav
UNDP	United Nations Development Programme
UPT	Umělé přerušení těhotenství
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



## SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Vybrané ukazatele charakterizující úroveň ve světě a v regionech, 2013 .....	15
Tab. 2	Účinnost metod antikoncepce vyjádřená Pearlovým indexem.....	21
Tab. 3	Důvody, na základě kterých je UPT povoleno v zemích Latinské Ameriky a Karibiku, 1996, 2005 a 2013 .....	29
Tab. 4	Rozdělení zemí do dvou kategorií podle přísnosti zákona týkajícího se UPT, Latinská Amerika a Karibik, 2005 .....	37
Tab. 5	Vládní podpora programů plánovaného rodičovství ve vybraných státech Latinské Ameriky a Karibiku, 1996, 2005 a 2013 .....	40
Tab. 6	Seznam zemí, ve kterých USAID ukončila nebo plánuje ukončit pomoc v oblasti plánovaného rodičovství .....	42
Tab. 7	Počty států Latinské Ameriky a Karibiku podle proměnných týkajících se regulace úrovně porodnosti a odhadovaná hodnota úhrnné plodnosti za Latinskou Ameriku a Karibik .....	43
Tab. 8	Průměrné hodnoty ukazatelů vstupujících do shlukové analýzy v jednotlivých skupinách .....	56

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Úhrnná plodnost v Latinské Americe a Karibiku a v subregionech, 1990–1995, 2000–2005, 2010–2015 .....	43
Obr. 2	Míra plodnosti adolescentů v Latinské Americe a Karibiku a v subregionech, 1990–1995, 2000–2005, 2010–2015.....	45
Obr. 3	Prevalence antikoncepce – všechny metody (v %) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2001–2012 .....	47
Obr. 4	Prevalence antikoncepce – moderní metody (v %) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2001–2012 .....	48
Obr. 5	Mateřská úmrtnost ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015.....	49
Obr. 6	Kojenecká úmrtnost (v ‰) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015.....	50
Obr. 7	Dětská úmrtnost (v ‰) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015....	51
Obr. 8	Prevalence HIV (v %) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015 ....	52
Obr. 9	Úhrnná plodnost ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015 .....	53
Obr. 10	Míra plodnosti adolescentů (v ‰) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015.....	54
Obr. 11	HDP na osobu v paritě kupní síly (v US \$) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2012.....	55
Obr. 12	Dendrogram vycházející ze shlukové analýzy vybraných ukazatelů reprodukčního zdraví, úrovně porodnosti a ekonomické výkonnosti, země Latinské Ameriky a Karibiku, období let 2001–2015 .....	56
Obr. 13	Index genderové nerovnosti, státy Latinské Ameriky a Karibiku, 2012 .....	57
Obr. 14	Prevalence moderních metod antikoncepce (v %) podle bohatství, Peru, 1996, 2000 a 2004 .....	61
Obr. 15	Odhad rozložení nových případů nakažení virem HIV v hlavních rizikových populacích na Jamajce, 2012.....	64
Obr. 16	Úroveň dětské a kojenecké úmrtnosti v pětině nejchudšího a nejbohatšího obyvatelstva, Haiti, 1994 a 2005 .....	67
Obr. 17	Odhad obecné míry umělé potratovosti (v ‰) ve světě a v regionech, 1995, 2003 a 2008 .....	69

Obr. 18	Prevalence antikoncepce (2011) a obecná míra umělé potratovosti (2008) ve světě a v regionech .....	70
Obr. 19	Korelační diagram mezi úrovní prevalence antikoncepce za období 2001–2012 a úrovní úhrnné plodnosti za období 2010–2015 ve státech Latinské Ameriky a Karibiku .....	71
Obr. 20	Korelační diagram mezi úrovní prevalence antikoncepce za období 2001–2012 a přisností zákona týkajícího se UPT za rok 2005 ve státech Latinské Ameriky a Karibiku .....	72

## **Kapitola 1**

### **Úvod**

Problematika reprodukčního zdraví se dotýká celé populace. V nejužším slova smyslu reprodukční zdraví vyjadřuje schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě. Z širšího pohledu je reprodukční zdraví vnímáno jako stav celkové fyzické, psychické, i sociální pohody ve všech otázkách týkajících se reprodukčního systému. Sexuálně reprodukční zdraví je nezbytné pro jednotlivce, páry a rodiny, a v důsledku také pro sociální a ekonomický rozvoj komunit i národů. Úroveň reprodukčního zdraví se v jednotlivých regionech a zemích liší, neboť se liší přístup ke kvalitní zdravotní péči určující zdravotní stav obyvatel. S reprodukčním zdravím je úzce spjata problematika umělé potratovosti, jejíž intenzita závisí v první řadě na dostupnosti efektivních metod zabráňujících otěhotnění. Bezpečnost provádění interrupcí je silně spjata s přísností legislativy a dostupností kvalitních služeb zajišťujících umělé přerušování těhotenství.

Tato práce zkoumá situaci v oblasti reprodukčního zdraví a umělé potratovosti v regionu Latinské Ameriky a Karibiku. Jejím cílem je poskytnout ucelený obraz sexuálně reprodukčního zdraví jak z perspektivy celého latinskoamerického regionu, tak z pohledu států. Tohoto cíle je dosaženo v sedmi kapitolách, do kterých je práce rozdělena. První kapitola představuje úvod do problematiky a nastínění struktury práce. Obsahem druhé kapitoly je stručná charakteristika zkoumaného regionu prostřednictvím srovnání vybraných ukazatelů s ostatními regiony a v rámci světa. Ve třetí kapitole je teoreticky vymezen pojem reprodukční zdraví a umělé přerušování těhotenství. V rámci vymezení pojmu reprodukční zdraví jsou použity některé definice sexuálního a reprodukčního zdraví a práv. Dále bylo potřeba objasnit, co ovlivňuje sexuálně reprodukční zdraví, s čím souvisí, a jakých oblastí se dotýká. Ukazatelům úrovně reprodukčního zdraví je věnována další kapitola. Problematika umělého přerušování těhotenství je tématem následující kapitoly. Na tomto místě jsou charakterizovány metody umělého přerušování těhotenství, dále jsou zde vystvětleny pojmy bezpečné a nebezpečné umělé přerušování těhotenství a v neposlední řadě objasněn právní rámec umělých potratů v jednotlivých státech Latinské Ameriky a Karibiku. Data a metody použité v práci jsou obsahem čtvrté kapitoly. Zde jsou nejprve popsány datové zdroje, následují definice ukazatelů použitých v analytické části práce a nakonec jsou zde objasněny užité statistické metody. Důležitou část práce tvoří také

kapitola zabývající se programy plánovaného rodičovství, kde je vysvětlen pojem plánované rodičovství a také zhodnocena podpora těchto programů ve vybraných zemích. Šestá kapitola práce se věnuje analýze. Největší část tvoří shluková analýza, kde jsou nejprve charakterizovány ukazatele vstupující do této analýzy. Poté následuje samotná shluková analýza, jejímž výsledkem je rozdělení zemí do čtyř skupin. Jednotlivé skupiny jsou na základě výsledků charakterizovány a z každé skupiny je vybrán jeden stát, ve kterém je přiblížena situace v oblasti reprodukčního zdraví. Druhá část šesté kapitoly hodnotí úroveň umělé potratovosti v latinskoamerickém regionu. Obsahem poslední kapitoly analytické části je korelační analýza zkoumající vztah mezi vybranými proměnnými. Výsledky a nejdůležitější zjištění celé práce shrnuje sedmá kapitola.

## Kapitola 2

### Charakteristika regionu

Latinská Amerika a Karibik je rozmanitou částí světa, která se rozkládá na západní polokouli jižně od Spojených států amerických. Tento region je tvořený třemi subregiony: Střední Amerika, Jižní Amerika a Karibik. Podle Organizace spojených národů (OSN) se ve Střední Americe nachází osm států, včetně Mexika, které bývá někdy vnímáno odděleně (viz příloha 1). Jižní Amerika zahrnuje čtrnáct zemí a oblast Karibiku je tvořena čtyřicetí ostrovními státy (UN, 2012a).

Na tomto území žije 10 % světového obyvatelstva, což představuje přibližně 600 milionů lidí. Žijí zde severoameričtí indiáni z předkolumbovské civilizace, jako jsou Inkové, Aztékové a Mayové, dále Evropané převážně ze Španělska a Portugalska, lidé ze zemí západní Afriky, Židé z Evropy i odjinud, Arabové a Turci, Japonci, Číňané i lidé z indického subkontinentu (Vanden, Prevost, 2009).

Navzdory převážně společnému jazyku a historickým faktorům je Latinská Amerika ekonomicky i etnicky různorodá, jak napříč zeměmi, tak i uvnitř jednotlivých států. Běžné strukturální a sociální faktory ovlivňují sexualitu a sexuální chování v celém regionu. Chudoba, katolická církev a média mají bezprostřední vliv na to, jak je sexuální a reprodukční zdraví vnímáno na úrovni jednotlivců, rodin a komunit a na úrovni lokální i celostátní. Současná sexualita je ovlivněna kulturou a zvyklostmi původního obyvatelstva, španělským a portugalským kolonialismem a africkými tradicemi dovezenými spolu s obchodem s otroky. Smíšená manželství a čas neoddělitelně propojily tyto tradice, které vytvářejí sociokulturní bariéry ve zlepšení sexuálního zdraví v souvislosti s genderovou problematikou, individuálním vnímáním těla a sexuality a úrovní násilí mezi lidmi a celkovým systémem víry. Tato omezení jsou ještě zhoršována chudobou, negramotností, bydlením ve venkovských oblastech a politickými rozbroji. Důsledkem toho jsou problémy jako nechtěná těhotenství, sexuálně přenosné choroby, infekce reprodukčního systému u dospívajících, sexuální násilí a genderové rozdíly. Klíčem k řešení těchto otázek je komplexní sexuální vzdělávání ve školách a stejně tak vzdělávání dospělých a rodičů prostřednictvím médií (Corona, 2006).

Ukazatel	Svět	Více rozvinuté regiony	Méně rozvinuté regiony	Nejméně rozvinuté regiony	LAC	SA	K	JA
Počet obyvatel k 1. 7. roku 2013 (v mil.)	7 137	1 246	5 891	886	606	163	42	401
Počet narozených na 1000 obyvatel	20	11	22	34	19	21	18	18
Počet zemřelých na 1000 obyvatel	8	10	7	10	6	5	8	6
Míra přirozeného přírůstku	1,2	0,1	1,4	2,5	1,3	1,6	1,1	1,1
Migrační saldo na 1000 obyvatel	.	2	-1	-1	-1	-2	-4	-1
Kojenecká úmrtnost (%)	40	5	44	66	19	17	33	19
Úhrnná plodnost	2,5	1,6	2,6	4,4	2,2	2,4	2,4	2,1
Podíl obyvatelstva ve věku <15	26	16	29	41	28	31	26	27
Obě pohlaví	8	17	6	3	7	6	9	7
Naděje dožití při narození Muži	70	78	69	61	75	76	72	74
Ženy	68	75	67	59	72	73	70	71
Podíl městského obyvatelstva	73	82	71	62	78	79	75	78
	52	76	47	28	79	72	66	82

**Poznámky:** LAC = Latinská Amerika a Karibik, SA = Střední Amerika, K = Karibik, JA = Jižní Amerika; Více rozvinuté regiony zahrnují Evropu, Severní Ameriku, Austrálii, Japonsko a Nový Zéland, ostatní regiony jsou klasifikovány jako méně rozvinuté. Jako nejméně rozvinutý region je označeno 49 zemí; 34 z těchto zemí se nachází v subsaharské Africe, 14 v Asii a jedna v Karibiku.

**Zdroj:** PRB, 2013

Nejlidnatější region představuje Jižní Amerika, kde žije 66 % obyvatelstva Latinské Ameriky. Druhým nejpočetnějším regionem je Střední Amerika, kde žije 27 % obyvatelstva. Pouze 7 % obyvatelstva se nachází v Karibiku. Porovnáním počtu narozených a zemřelých na 1000 obyvatel se oblast Latinské Ameriky a Karibiku nachází mírně pod průměrnou hodnotou za svět (viz tabulka 1). Úroveň kojenecké úmrtnosti v Latinské Americe a Karibiku se přibližuje spíše úrovni méně rozvinutých regionů, než regionů více rozvinutých. V latinskoamerickém regionu je úroveň úhrnné plodnosti 2,2 dítěte na jednu ženu, což je o něco méně v porovnání se světem. Obyvatelstvo Latinské Ameriky a Karibiku je poměrně mladé, neboť zde žije 28 % obyvatelstva mladších 15 let a pouze 7 % obyvatelstva starších 65 let. Oproti více rozvinutému regionu, kde tvoří dětská složka 16 % a složka obyvatel starších 65 let 17 %, zde problém stárnutí populace není ještě příliš aktuálním. Jedním z ukazatelů vyspělosti daného státu či regionu je naděje dožití při narození. Lze říci, že z tohoto hlediska se Latinská Amerika a Karibik blíží k hodnotám zjištěným pro více rozvinuté státy. Zdaleka nejvyšší podíl městského obyvatelstva žije právě v regionu Latinské Ameriky a Karibiku (79 %), ve srovnání se všemi vybranými regiony v tabulce 1.

## **Kapitola 3**

### **Teoretické vymezení problematiky umělé potratovosti a reprodukčního zdraví**

#### **3.1 Vymezení pojmu reprodukční zdraví**

Pojem reprodukční zdraví, úzce spjatý s pojmem sexuální zdraví, je nejprve objasněn pomocí vybraných definic. V další podkapitole je problematika reprodukčního zdraví popsána komplexněji. Záměrem této podkapitoly je odpovědět na otázku, jaké faktory ovlivňují sexuálně reprodukční zdraví.

##### **3.1.1 Vybrané definice sexuálního a reprodukčního zdraví a práv**

Existuje mnoho různých definic týkajících se sexuálního a reprodukčního zdraví. Zde vybrané definice byly vydány v publikaci s názvem Sociálněvědní metody pro výzkum sexuálního a reprodukčního zdraví v roce 2012, jejímž autorem je Světová zdravotnická organizace (WHO). Následující definice byla odsouhlasena na Mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji v Káhiře v roce 1994. Je široká a pozitivní, ovšem obtížně měřitelná.

„Reprodukční zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady ve všech otázkách týkajících se reprodukčního systému a jeho funkcí a procesů.“ (WHO, 2012a).

Definice zmíněná níže je zaměřená na špatný zdravotní stav a je o něco přesnější. Také naznačuje, že pro někoho může reprodukční zdraví znamenat pojem týkající se výhradně žen, ačkoliv není důvod, aby z tohoto byli vyloučeni muži. Reprodukční zdraví je často zkoumáno v reprodukčním věkovém rozpětí (15–44 let nebo 15–49 let). Nicméně pro některé lidi může zůstat součástí reprodukčního zdraví i pozdější období, například období po menopauze, kdy se obvykle vyskytují onemocnění zasahující reprodukční orgány, jako je například rakovina prsu.

„Zdravotně reprodukční potíže se týkají:

- těhotenství, ukončení těhotenství, šestinedělí, mimoděložní těhotenství, spontánní potrat, nepříjemnosti během těhotenství, těhotenstvím vyvolaný vysoký krevní tlak,



zhoršení již dříve existujících potíží, anémie, infekce močových cest, předporodní krvácení, infekce, deprese, eklampsie<sup>1</sup> a bránění v práci

- sčítající se dopad zkušeností během reprodukce včetně podvýživy, anémie a jiných nedostatků, sexuálně přenosné infekce, pánevní infekce, píštěl (fistulae), výhřez, následky ženské obřízky, bolesti v dolní části zad, chronické nemoci a špatný psychický stav.“ (WHO, 2012a).

Pojem sexuální zdraví byl definován jako část reprodukčního zdraví v Akčním programu Mezinárodní konference o populaci a rozvoji v roce 1994 (WHO, 2006); jde nad rámec zdravotního stavu a zůstává v platnosti po celou dobu životního cyklu.

„Sexuální zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není to jen nepřítomnost nemoci, dysfunkce či vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a partnerství, stejně jako schopnost mít uspokojení z bezpečného sexu prostého nátlaku, diskriminace a násilí.“ (WHO, 2012).

Takto byla v Akčním programu definována sexualita:

„Sexualita je ústředním aspektem lidského bytí v průběhu života a zahrnuje sex, genderové identity a role, sexuální orientaci, erotiku, potěšení, intimitu a reprodukci. Sexualita je zažívána a vyjadřována v myšlenkách, fantaziích, touhách, přesvědčeních, postojích, hodnotách, chování, praktikování, rolích a vztazích. Zatímco sexualita může zahrnovat všechny tyto rozměry, ne všechny z nich jsou vždy zažívány nebo vyjadřovány. Sexualita je ovlivněna vzájemným působením biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, etických, právních, historických, náboženských a duchovních faktorů.“ (WHO, 2012).

A sexuální práva byla vymezena následovně:

„Sexuální práva zahrnují lidská práva, která jsou již uznána v rámci vnitrostátních právních předpisů, mezinárodních dokumentů o lidských právech a dalších prohlášeních. Patří mezi ně právo všech osob, bez nátlaku, diskriminace a násilí:

- na nejvyšší dosažitelný standard sexuálního zdraví a přístup k sexuálním a reprodukčním zdravotním službám;
- na vyhledávání, získávání a poskytování informací souvisejících se sexualitou;
- na respektování tělesné integrity;
- na výběr svého partnera;
- na rozhodnutí být sexuálně aktivní či ne;
- na konsensuální (založené na vzájemné shodě) sexuální vztahy;
- na konsensuální manželství;
- na rozhodnutí zda mít děti a kdy;
- na uspokojující, bezpečný a příjemný sexuální život.“ (WHO, 2012).

---

<sup>1</sup> eklampsie je „záchvat tonicko-klonických křečí navazujících na preeklampsii a nemajících příčinu v jiné mozkové patologii. V některých zvlášť závažných případech může vzniknout i bez předchozí preeklampsie, či dokonce může chybět i stádium křečí a žena rovnou upadá do kómatu. Incidence eklampsie je 1 případ na 3 800 porodů.“ (Slezáková L. aj., Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví, 2010)

### 3.1.2 Co ovlivňuje sexuální a reprodukční zdraví

„Sexuální a reprodukční zdraví je nezbytné pro jednotlivce, páry a rodiny, a dále také pro sociální a ekonomický rozvoj komunit i národů.“ (WHO, 2004). Nicméně v mnoha zemích jsou zlepšení v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví pomalá navzdory značným investicím. Mezinárodní společenství upřela pozornost na sociální a ekonomické nerovnosti, neboť ta se zdají být důležitým faktorem ovlivňujícím mnoho nerovností v oblasti zdraví. Sociální, demografické, ekonomické a geografické rozdíly v rámci populace jsou důležitými a hlavními činiteli ovlivňující přístup k vysoce kvalitní zdravotní péči, a tím tak v důsledku určují zdravotní stav obyvatel (Gausman, Malarcher, 2011).

Ze sociologického pohledu lze tvrdit, že sociální normy jsou velice mocným ovládacím prvkem vyjadřování lidské sexuality. Tedy například morálka, tabu, zákony a náboženské přesvědčení ovlivňují nejen sexuální chování jednotlivců, ale také způsob, jak je vnímáno a popisováno. Problémy sexuálního a reprodukčního zdraví mají biomedicínský rozměr, nicméně jejich původ leží v lidském chování, tedy v rozměru sociálním. Sociální normy upravují vyjádření sexuality a sexuálního chování v každé společnosti, a tyto normy také schvalují reprodukci. Praktiky zavádějící kompromisy v oblasti zdraví často odrážejí společenské normy (například manželství dětí, násilí mezi partnery). Díky tomu mají lidé omezenou schopnost přijímat zdravé chování. Sociálněpolitické síly a sociální a ekonomické vyloučení, zahrnující chudobu, nerovný přístup ke službám a genderové nerovnosti, mohou také působit jako hlavní vlivy na sexuální a reprodukční chování a volby (WHO, 2012).

Na globální úrovni se nejchudší státy často potýkají s omezenými finančními možnostmi, které limitují investice do zdravotní infrastruktury. Rozvojové země tak nesou nejtěžší břímě onemocnění, mateřské úmrtnosti, rakoviny reprodukčních orgánů a pohlavně přenosných chorob a zároveň čelí vysokému populačnímu růstu (Gausman, Malarcher, 2011). Například se odhaduje, že z 20 milionů nebezpečně prováděných interrupcí ročně se 19 milionů uskuteční právě v rozvojových zemích. Nerovný přístup ke zdrojům roztáčí kruh znevýhodnění na úrovni jedince. Ti pak mají menší šanci dostat se ke zdravotní péči, což negativně ovlivňuje jejich zdravotní stav. Na zdravotní infrastrukturu hůře dosáhnou třeba migranti, adolescenti či etnické menšiny, a musí tak čelit řadě právních, sociálních a kulturních bariér v přístupu ke službám sexuálně reprodukčního zdraví (Gausman, Malarcher, 2011 dle WHO, 2007).

Široký vliv na sexuálně reprodukční zdraví může mít pohlaví. Ženy jsou například náchylnější k pohlavně přenosným chorobám než muži, přičemž pohlavně přenosné choroby jsou významnou příčinou neplodnosti, které lze předejít (Gausman, Malarcher, 2011 dle WHO, 2014). U žen v rozvojových zemích je pravděpodobnější, že budou trpět chronickým postižením v důsledku nebezpečně provedeného umělého přerušení těhotenství (UPT, interrupce) nebo komplikovaného těhotenství. Pokud se tedy u ženy vyvine porodnická píštěl, trpí nejen fyzicky, ale může se nezřídka potýkat i s rozvodem, sociálním vyloučením, podvýživou nebo větší chudobou. V zemích, kde je běžný časný sňatek nebo porod, mají takové dívky horší vzdělání, menší ekonomickou sílu než starší vdané ženy a jsou v menším kontaktu s moderními médii a sociální sítí. Proto jsou s větší pravděpodobností vystaveny násilí založenému na pohlaví, čelí

většinu zdravotnímu riziku jako například nakažení virem HIV nebo prvním porodu ve velmi mladém věku (Gausman, Malarcher, 2011 dle Williams, 1991).

Důležitým faktorem v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví žen je bezesporu vzdělání. S rostoucím vzděláním žen nejenže klesá plodnost, ale také se usnadňuje šíření myšlenek týkajících se rodičovství, antikoncepce, sociálního postavení a hodnoty žen. Zatímco bohatství a úroveň vzdělání jsou úzce spojeny, podle některých analýz je zřejmé, že vzdělání může zmírnit vliv bohatství na používání antikoncepce (Gausman, Malarcher, 2011 dle Bott, 2010).

Odhaduje se, že celosvětově je 40 % všech těhotenství neplánovaných (Gausman, Malarcher, 2011 dle Blas, 2008). Vyšší míra neplánovaných těhotenství postihuje zejména chudé, mladé lidi, nevzdělané, etnické minority a migranty. Sklon k neplánovanému těhotenství je silně ovlivněn přístupem k efektivní antikoncepci a jejímu používání. Pro ženy sexuálně aktivní je nejlepší ochranou proti neplánovanému otěhotnění moderní antikoncepce. Ve většině rozvojových zemí přijmou moderní antikoncepci spíše bohatí jedinci než lidé chudí (Gausman, Malarcher, 2011). Příkladem může být Haiti, kde v roce 2005 moderní metody antikoncepce používalo 30 % z pětiny nejbohatších žen a pouze 15 % z pětiny nejchudších žen (WHO, 2013).

Ženy, které otěhotněly neplánovaně, čelí složitému rozhodnutí, kdy jednou z variant může být interrupce. Rozhodnutí, zdali ukončit neplánované těhotenství, ovlivňuje řada faktorů. Jedná se zejména o dostupnost a přístupnost služeb zajišťujících UPT, společenskou přijatelnost interrupcí a podporu ze strany sociálních struktur. Takové rozhodnutí má pro ženy různé sociální, finanční a zdravotní následky. Klíčovými faktory pro zlepšení výsledků v oblasti těhotenství jsou tedy opatření, která by zajistila rovnost v dostupnosti zdravotních služeb se zvláštním zaměřením na chudé a znevýhodněné jedince. Nejúčinnější budou pak tyto snahy spolu se zlepšením vzdělání žen a efektivním fungováním zdravotních a veřejných služeb obecně (Gausman, Malarcher, 2011 dle Grimes, 2006).

Ucelené vymezení oblastí reprodukčního zdraví, které vyžadují zlepšení, obsahuje dokument s názvem Strategie v oblasti reprodukčního zdraví vydaný WHO v Ženevě v roce 2004 (WHO, 2004). Strategie se zaměřuje na pět hlavních aspektů reprodukčního a sexuálního zdraví. Jedná se o zlepšení následujících oblastí:

- předporodní, porodní a poporodní péče,
- poskytování vysoce kvalitních služeb pro plánované rodičovství, včetně neplodnosti,
- odstranění nebezpečných interrupcí,
- boj proti sexuálně přenosným chorobám včetně HIV, infekce pohlavních cest, rakoviny děložního čípku a jiných gynekologických potíží,
- podpora sexuálního zdraví.

Tato strategie stanovuje opatření k urychlení dosažení Rozvojových cílů tisíciletí<sup>2</sup> a dalších cílů souvisejících s reprodukčním zdravím.

---

<sup>2</sup> Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals) je program, který má vést k odstranění největších problémů rozvojového světa definovaných v osmi základních cílech. V roce 2000 se členské státy OSN zavázaly ke spolupráci na dosažení těchto cílů do roku 2015. Dostupný z WWW: < <http://www.un.org/millenniumgoals/> >.

Tři z osmi Rozvojových cílů tisíciletí se přímo vztahují k reprodukčnímu a sexuálnímu zdraví:

- zlepšení zdraví matek,
- snížení dětské úmrtnosti,
- boj proti HIV/AIDS, malárii a jiným nemocem.

Dokument obsahuje mimo jiné i charakteristiku překážek zabraňujících zlepšení situace v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví. Za největší bariéry je považována nerovnost mezi pohlavími, vystavování adolescentů riziku (příkladem jsou dětská manželství, mrzačení ženských pohlavních orgánů či brzký začátek sexuálního života) a chudoba, která je všeobecně spojována s nerovným přístupem ke zdravotním službám (WHO, 2004).

### 3.2 Ukazatele úrovně reprodukčního zdraví

Reprodukční zdraví lze hodnotit pomocí řady ukazatelů. Můžeme je například rozdělit do tří skupin podle oblasti, ke které se vztahují (SZÚ, 2008):

- ukazatele související s dostupností metod plánovaného rodičovství
- ukazatele související s těhotenstvím, porodem a zdravím matky a dítěte po porodu
- ukazatele související se sexuálně přenosnými nemocemi

Definice všech ukazatelů použitých v analytické části práce jsou obsahem kapitoly 4.2. Cílem této kapitoly je zejména teoretické ukotvení jednotlivých ukazatelů vypovídajících o úrovni reprodukčního zdraví.

#### *Ukazatele související s dostupností metod plánovaného rodičovství*

První okruh ukazatelů se týká plánovaného rodičovství. Podle WHO umožňuje plánované rodičovství párům a jednotlivcům dosáhnout požadovaného počtu dětí a načasování jejich narození. Toho je dosaženo použitím antikoncepčních metod a léčbou neplodnosti. Možnost načasování a zvolení počtu dětí má pro ženu přímý dopad na její zdraví a pohodu stejně tak jako na průběh celého těhotenství (WHO, 2014a). Proto lze do této skupiny zařadit mimo jiné ukazatele hodnotící dostupnost a rozšíření antikoncepce.

Nejdůležitějším ukazatelem v této oblasti je tzv. prevalence antikoncepce. Ukazatel prevalence antikoncepce vyjadřuje podíl vdaných žen nebo žen žijících v kohabitaci ve věku 15–49 let, které (nebo jejichž partner) v současnosti používají alespoň jednu z metod antikoncepce. Prevalence antikoncepce, podobně jako ukazatel „unmet need for family planning“ (viz níže), vhodně vyjadřuje pokrok ve všeobecném přístupu k reprodukčnímu zdraví. Zvláště pak v případech, pokud je její míra posuzována společně s dalšími informacemi týkajícími se znalostí žen o plánování rodičovství nebo dostupnosti a kvalitě služeb plánovaného rodičovství (UN, 2012b).

Pro účely analýzy se metody zabraňující otěhotnění často dělí do dvou skupin, tedy na metody moderní a metody tradiční. Podle OSN moderní metody antikoncepce zahrnují ženskou a mužskou sterilizaci, perorální hormonální antikoncepci, nitroděložní tělísko (IUD, tj. intra-uterine device), mužský kondom, injekční antikoncepci, implantáty, vaginální bariérové

metody, ženský kondom a nouzovou antikoncepční pilulku. Mezi tradiční metody zabránění otěhotnění se řadí periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá sexuální abstinence, kojení, výplach pochvy, metoda laktanční amenorey a lidové metody (UN, 2012b).

Jednotlivé metody se liší jednak způsobem, jakým zabraňují nechtěnému otěhotnění, jednak také svou spolehlivostí. Za nejúčinnější druh antikoncepce je považován implantát. Jedná se o hormonální metodu, kdy se malá tyčinka zavede ženě pod kůži do svalu na vnitřní straně paže. Tyčinka obsahuje hormon progestin, který se do těla uvolňuje v průběhu asi tří let a tím ženě permanentně brání v otěhotnění. Tělísko se poté ženě chirurgicky odstraní. Míra selhání této metody zabránění početí je 0,05 % (viz tabulka 2; Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

**Tab. 2 – Účinnost metod antikoncepce vyjádřená Pearlovým indexem**

Metoda	Správné použití	Běžné použití
Implantát	0,05	0,05
Vazektomie (mužská sterilizace)	0,10	0,15
Nitroděložní tělísko uvolňující levonorgestrel	0,2	0,2
Nitroděložní tělísko obsahující měď, tzv. Copper-T	0,6	0,8
Sterilizace vejcovodů (ženská sterilizace)	0,5	0,5
Injekční antikoncepce	0,2	6
Perorální hormonální antikoncepce	0,3	9
Vaginální kroužek	0,3	9
Antikoncepční náplast	0,3	9
Diafragma (vaginální pesar)	6	12
Antikoncepční houbička**	9/20	12/24
Mužský kondom	2	18
Ženský kondom	5	21
Přerušovaná soulož	4	22
Metody založené na sledování plodnosti***	0,4–5	24
Spermicidy	18	28
Nouzová antikoncepce	*	*
Žádná metoda	85	85

**Poznámky:** Pearlův index slouží k vyjádření spolehlivosti antikoncepce a udává počet těhotenství na 100 žen za rok při používání dané metody antikoncepce (WHO, 2011a).

Míra selhání antikoncepce je definována jako procento uživatelů antikoncepce, které otěhotní v průběhu jednoho roku. Míra selhání při "správném použití" se vztahuje k uživatelům, kteří používají danou metodu důsledně a správně. Míra selhání při "běžném použití" bere v úvahu fakt, že uživatelé metodu neužívají důsledně a správně. \*\* První údaj je pro ženy, které zatím neporodily a druhý pro ženy, které již porodily. \*\*\* Zahrnuje cervikální metody, metody určování teploty těla a periodickou abstinenci. \* Efektivita nouzové antikoncepce není měřena na základě metody jednoho roku jako ostatní metody. Pokud se nouzová antikoncepce použije po nechráněném pohlavním styku pro zabránění nechtěnému otěhotnění, odhaduje se snížení výskytu těhotenství o přibližně 90 % (Guttmacher Institute, 2014 dle Hatcher aj.).

**Zdroj:** Guttmacher Institute, 2014 dle Hatcher aj.

Velmi účinným způsobem zabránění otěhotnění je také tzv. vazektomie, tedy mužská sterilizace. Muž podstoupí chirurgický zákrok, kdy mu jsou přerušeny chámovody, takže následně jeho ejakulát neobsahuje žádné spermie, které by mohly oplodnit ženino vajíčko. Po

operaci trvá ještě přibližně 12 týdnů, dokud počet spermií neklesne na nulu. Tato metoda je téměř nevratná, je tedy nutné její pečlivé zvážení (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Míra selhání tohoto typu mužské antikoncepce v případě běžného použití je 0,15 %. Další vysoce spolehlivá metoda antikoncepce spočívá v zavedení tělíska ve tvaru T lékařem do ženy dělohy. Může se jednat o nitroděložní tělísko uvolňující denně malé množství hormonu levonorgestrelu za účelem zabránění otěhotnění. Takové tělísko může zůstat v děloze po dobu až 5 let. O trochu méně spolehlivé je nitroděložní tělísko Copper-T obsahující měď. V těle ženy může zůstat až 10 let. Účinnost nitroděložních tělísek se pohybuje okolo 99 %. Míra selhání v případě sterilizace vejcovodů, tj. ženské sterilizace, je odhadnuta na 0,5 %, což řadí tuto metodu mezi velmi spolehlivé. Efekt spočívá v zneprůchodnění vejcovodů ženy nenáročným operačním výkonem, je tedy vhodná pro ženy, které již neplánují mít děti. Chirurgický zákrok nemá vliv na činnost vaječníků, hormonální zásobení těla, ani menstruační cyklus (Lošková, 2011).

Naopak nejnižší spolehlivost vykazují tzv. spermicidy, které zabíjí spermie a tím tak brání otěhotnění. Existují ve formě pěny, gelu, krému, čípku nebo pilulky. Ne více než hodinu před pohlavním stykem se umístí do pochvy, kde by měly zůstat ještě nejméně 6 až 8 hodin po styku (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). V takovém případě je účinnost antikoncepce při běžném použití 72 %, při správném použití pak o 10 procentních bodů vyšší. V případě, že pár nepoužívá žádnou z metod antikoncepce, připadá na 100 žen za rok přibližně 85 těhotenství.

Vhodným doplňkem k ukazateli prevalence antikoncepce je tzv. „unmet need for family planning“ (český překlad může znít „nenaplněná, nesplněná potřeba pro plánování rodičovství“). Obecně lze říci, že úroveň „unmet need for family planning“ je nejvyšší v zemích, kde je prevalence antikoncepce nízká (UN, 2013a). Ženy s „nesplněnou potřebou“, neboli „unmet need“, jsou v tomto případě ženy ve věku 15–49 let (někdy 15–44 let), vdané nebo žijící v kohabitaci a zároveň ty, které jsou plodné a sexuálně aktivní, ale nepoužívají žádnou metodu antikoncepce, přičemž nechtějí další děti nebo chtějí narození dalšího dítěte oddálit. Smyslem tohoto indikátoru je poukázat na mezeru mezi reprodukčními úmysly žen a jejich antikoncepčním chováním (WHO, 2011b).

Ukazatel „unmet need for family planning“ je na tomto místě definován, neboť také do jisté míry vypovídá o dostupnosti antikoncepčních metod. Nicméně z důvodu nedostatečné datové základny není zahrnutý v analytické části práce.

S dostupností metod plánovaného rodičovství souvisí také umělá potratovost. Úroveň umělé potratovosti v dané populaci ovlivňuje řada faktorů, zejména legislativa, metody, dostupnost a rozšíření antikoncepce a také společenské klima a individuální postoj (SZÚ, 2008). V analytické části práce byl použit pouze jeden ukazatel charakterizující úroveň umělé potratovosti. Proto mu není věnována samostatná kapitola, nýbrž je definovaný v části Metodika a data, v podkapitole 4.2.2.

*Ukazatele související s těhotenstvím, porodem a zdravím matky a dítěte po porodu*

Do této skupiny ukazatelů patří například ukazatel kojenecké úmrtnosti, dále mrtvorozenost, míra úmrtnosti rodiček, nízká porodní hmotnost novorozenců nebo samovolná potratovost (SZÚ, 2008). V následujících odstavcích jsou popsány ovšem pouze ukazatele, se kterými je počítáno v analytické části. Důvodem je opět absence dat pro některé z ukazatelů.

Kojenecká úmrtnost je velmi často používaným ukazatelem, neboť pozornost věnovaná úmrtnosti v prvním roce života bývá značná nejen v rámci hodnocení reprodukčního zdraví. Intenzita kojenecké úmrtnosti se také často používá jako ukazatel vyspělosti a stupně sociokulturního vývoje společnosti daného regionu (SZÚ, 2008). Kojenecká úmrtnost bývá nejčastěji sledována pomocí kvocientu kojenecké úmrtnosti, jehož přesnou definici nalezneme v kapitole 4.2.1.

Dětská úmrtnost, tj. úmrtnost do 5 let věku, je dalším důležitým ukazatelem úrovně zdraví, která taktéž úzce souvisí s dostupností a kvalitou poskytovaných zdravotních služeb. Více než polovina úmrtí dětí mladších 5 let je způsobena nemocemi, kterým lze předcházet a léčit je pomocí jednoduchých a cenově dostupných zákroků (WHO, 2014b). Snížení úmrtnosti dětí do 5 let věku je jedním z osmi cílů programu Rozvojové cíle tisíciletí.

Komplikace v průběhu těhotenství a porodu jsou v rozvojových zemích nejčastější příčinou úmrtí a postižení mezi ženami v reprodukčním věku. Mateřská úmrtnost představuje riziko spojené s každým těhotenstvím, tedy porodnické riziko. Podle WHO je úmrtí matky definováno jako úmrtí ženy během jejího těhotenství nebo do 42 dnů po ukončení těhotenství, a to bez ohledu na délku těhotenství nebo zda bylo těhotenství mimoděložní, tedy z jakékoliv příčiny související s těhotenstvím (WHO, 2011b). V Mezinárodní klasifikaci nemocí se tato příčina úmrtí nachází pod kapitolou XV. a nazývá se Těhotenství, porod a šestinedělí (WHO, 2010). Snížení úmrtnosti rodiček je také jedním z cílů programu Rozvojové cíle tisíciletí.

*Ukazatele související se sexuálně přenosnými nemocemi*

Sexuálně přenosné infekce jsou infekce přenášející se z člověka na člověka primárně sexuálním kontaktem. Existuje přes 30 různých sexuálně přenositelných bakterií, virů a parazitů. Mezi nejčastější potíže, které způsobují, patří kapavka, chlamydióza, syfilis, trichomoniáza, venerologický vřed neboli chankroid, genitální herpes, genitální bradavice, hepatitida typu B a onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV). Několik z nich, zejména HIV a syfilis, může být také přenášeno z matky na dítě během těhotenství a porodu. Člověk může být nakažen sexuálně přenosnou infekcí, aniž by se u něj projevovaly příznaky onemocnění. Proto je termín „sexuálně přenosné infekce“ širší, než termín „sexuálně přenosné nemoci“ (WHO, 2014c).

Syfilis, kapavka, chlamydióza a trichomoniáza patří mezi infekce, které se dají v současné době vyléčit. Hepatitida typu B, genitální herpes, HIV a také lidský papillomavirus jsou virové infekce a jsou nevyléčitelné. Mohou být ale zmírněny díky léčbě.

Je známo, že sexuálně přenosné infekce postihují častěji ženy a dospívající dívky. Každý rok se jedna z 20 dívek nakazí bakteriální infekcí přenesenou pohlavním stykem. Zlepšení informovanosti o sexuálně přenosných infekcích právě mezi dospívajícími by mělo být součástí celého vzdělávacího systému a služeb týkajících se sexuálního zdraví (WHO, 2014c).

Nebezpečí sexuálně přenosných infekcí tkví mimo jiné v tom, že taková infekce může vést k neplodnosti ženy. Dále například neléčená chlamydióza se u 10 % až 40 % žen může rozvinout v pánevní zánětlivé onemocnění. Poškození vejcovodů následkem infekce stojí za 30 % až 40 % případy neplodnosti žen (WHO, 2014c). Během těhotenství je včas neléčená syfilis zodpovědná za 1 ze 4 mrtvě narozených dětí a 14 % úmrtí novorozenců. Jednou z nejvíce smrtících sexuálně přenosných infekcí je lidský papillomavirus, který stojí v podstatě za všemi případy rakoviny děložního čípku. Rakovina děložního čípku je druhou nejčastější rakovinou u žen.

Důležitou a účinnou ochranou proti nákaze sexuálně přenosnými infekcemi, včetně HIV, je mužský kondom (ženský kondom je také efektivní, ale ne tolik používaný ve srovnání s mužským). Nákazu sexuálně přenosnými infekcemi může ovlivnit také sociální a ekonomické podmínky a některé sexuální chování. Proto je třeba v takových populacích zesílit prevenci a péči, nicméně současně by mělo být zajištěno, aby služby minimalizovaly případnou stigmatizaci a diskriminaci pacientů (WHO, 2014c).

Závažnost a rozšíření sexuálně přenosných nemocí lze charakterizovat mírou úmrtnosti na tyto nemoci. Nicméně v analytické práci je použitý jiný ukazatel, a to prevalence HIV udávající podíl nakažených (WHO, 2011b).

### 3.3 Umělé přerušení těhotenství

Rozlišuje se několik druhů potratů, tedy ukončení těhotenství ženy. Polemiku vyvolává záměrné ukončení těhotenství, jinými slovy umělé přerušení těhotenství neboli interrupce. Přestože je interrupce běžně praktikována ve většině světa, a byla ještě dlouho před začátkem zaznamenané historie, stále podněcuje zásadní otázky týkající se lidské existence, například kdy začíná život a co je to, co z nás dělá lidi (UN, 2002). Je citlivým a kontroverzním tématem náboženského, kulturního, morálního a politického rozměru. Více než čtvrtina světové populace žije v zemích, kde je UPT zakázané nebo povolené pouze v případě záchrany života ženy. Přesto se interrupce provádějí bez ohledu na právní status a téměř polovinu vykonávají nekvalifikovaní lékaři nebo se tak děje v nehygienických podmínkách (PRB, 2011). Protíná se zde několik aspektů jako právo žen kontrolovat své vlastní tělo, přirozená povinnost státu chránit nenarozené, napětí mezi světským a náboženským pohledem na život, právo manželů a rodičů podílet se na rozhodnutí o ukončení těhotenství a protichůdné právo ženy a plodu. Problém interrupce úzce souvisí se sexualitou. To dále vede k zamyšlení nad tím, jak k otěhotnění došlo a jaké jsou možnosti zabránit otěhotnění, tedy jaké existují metody antikoncepce (UN, 2002).

#### 3.3.1 Umělé přerušení těhotenství a metody provádění

Umělé přerušení těhotenství znamená předčasné a záměrné ukončení těhotenství, jehož výsledkem je vypuzení plodu z těla matky pomocí léků, jiných chemických látek, nebo chirurgického zákroku (Shiel, Stöppler, 2008).



Na metody provádění interrupce se lze dívat z více pohledů. Například je možné rozlišovat způsoby provedení ukončení těhotenství podle délky těhotenství. V takovém případě rozeznáváme UPT do ukončeného 12. týdne (tj. 84 dnů, tzv. první trimestr) a UPT ve druhém trimestru těhotenství. V dřívější fázi těhotenství se dále do 8. týdne těhotenství provádí tzv. miniinterrupce a po 8. týdnu těhotenství klasický potrat (Rob aj., 2008). Jiný pohled, který je popsán v následujících odstavcích, rozlišuje dva způsoby provedení zákroku: chemický, farmakologický nebo také medikamentózní a chirurgický neboli operační.

#### *Chemická interrupce*

Jednou z metod umělého přerušení těhotenství je interrupce prováděná pomocí léků (WHO, 2012b). V roce 1982 byl objeven antiprogesteron mifepriston, který se využívá při potratu v prvním trimestru těhotenství (Rob aj., 2008). V praxi se bez nutnosti chirurgického zákroku podaří okolo 95 % chemických potratů. Pro ukončení těhotenství ve druhém trimestru se od 70. let využívají prostaglandiny (UCSF Medical Center, 2002; Rob aj., 2008).

Jestliže délka těhotenství nepřesáhla 45 dnů u žen, které nerodily, a 55 dnů u ostatních žen (délka těhotenství se počítá od posledního dne těhotenství), lze provést časnou interrupci nazývanou jako miniinterrupce. Čím kratší dobu je žena gravidní, tím bezpečnější je ukončení těhotenství (Rob aj., 2008). Chemický způsob provedení miniinterrupce se v takovém případě uskuteční užitím léku mifepristonu (jinak mifeprex nebo RU-486) v kombinaci s lékem misoprostol. Mifepriston je syntetický steroid, který blokuje působení přírodního hormonu progesteronu na dělohu (UCSF Medical Center, 2002; U. S. Food and Drug Administration, 2011). To způsobí zbavení děložní sliznice, stejně jako se tak děje v době menstruace, a tím zastaví vývoj těhotenství. Misoprostol (známý také jako Cytotec), což je syntetická obdoba přírodního hormonu prostaglandinu, vyvolá stahy dělohy a spustí krvácení a křeče (UCSF Medical Center, 2002). Občas se misoprostol užívá samostatně, obvykle v případech, kdy není k dispozici mifepriston. Ovšem kombinace obou se zdá být efektivnější (WHO, 2012b).

Důvodů, proč by žena měla zvolit chemický potrat, je několik. Interrupce může být provedena v prvních týdnech těhotenství, v naprosté většině případů není třeba zasahovat do těla ženy chirurgicky, potrat nevyžaduje anestezii, probíhá ve větším soukromí, ženám tento způsob může dát pocit větší kontroly nad jejich tělem a pro některé ženy může být takové provedení přirozenější. Tento zákrok může způsobit krátkodobé nežádoucí účinky, jako jsou silné křeče, krvácení, nevolnost, zvracení, horečka a zimnice. Údajně neexistuje žádný důkaz o dlouhodobých vedlejších účincích těchto léků (silné krvácení vyžadující transfuzi je velice vzácné, pouze v 0,5 % zkoumaných případech) (UCSF Medical Center, 2002).

Jak již bylo zmíněno, chemickou interrupci lze provést také ve druhém trimestru těhotenství. Stručně se jedná o proces, kdy se ženě nejdříve provede preindukce děložního hrdla (příprava na umělé vyvolání). Poté jí je aplikován hormon prostaglandin, který vyvolá děložní kontrakce (Rob aj., 2008).

#### *Chirurgická interrupce*

Chirurgická interrupce znamená použití postupů pro ukončení těhotenství skrz hrdlo děložní (WHO, 2012b). V případě miniinterrupce (těhotenství do dokončeného 8. týdne) se chirurgicky

zákrok provádí ambulantně v analgezii nebo celkové anestezii (Rob aj., 2008). Pomocí kovových tyčinek (tzv. dilatátorů) se rozšíří děložní hrdlo (tzv. dilatace) a následně se plodové vejce z dutiny děložní odsaje podtlakovou savkou (tzv. vakuumexhausce). Někdy se po odsátí plodového vejce provádí revize dutiny děložní kyretou, kdy se odstraní možné zbytky. U těhotenství staršího 8 týdnů je třeba provést zákrok v celkové anestezii obvykle také aspirační kyretou vakuumexhauscí. V pozdějším stadiu těhotenství nelze již objemné plodové vejce odsát a je nutné provést značnou dilataci děložního hrdla a těhotenství ukončit pomocí potratových kleští a kyrety (Zwinger, 2004).

V případě provedení miniinterrupce jsou komplikace vzácné. Ukončení těhotenství po 8. týdnu s sebou ale nese značně větší rizika. Jedná se o možné poranění děložního hrdla, komplikace způsobené nedostatečným odstraněním částí plodového vejce, zánětlivé komplikace nebo protržení dělohy.

Také ve druhém trimestru těhotenství je možné provést jeho ukončení chirurgicky, i když se jedná spíše o výjimečnou metodu. V takovém případě se ženě provede tzv. malý císařský řez, což ovšem není příliš příznivé pro případné další těhotenství (Rob aj., 2008).

Důvody pro zvolení chirurgického provedení ukončení těhotenství jsou následovné: menší počet návštěv v ordinaci oproti chemickému potratu, krátký čas potřebný k zákroku, větší účinnost než u chemických potratů a fakt, že ženy doma obvykle nemají silné krvácení (UCSF Medical Center, 2002).

### 3.3.2 Bezpečná a nebezpečná umělá přerušení těhotenství

V dřívějších dobách byly umělé potraty nebezpečné a velmi zatěžovaly životy žen. Ovšem pokroky v lékařské praxi a nástup bezpečných a efektivních technologií a dovedností by mohly zcela odstranit nebezpečné interrupce a s nimi spojená úmrtí, pokud by byl zajištěn všeobecný přístup k těmto službám.

V současnosti se odhadem uskuteční okolo 22 milionů nebezpečných interrupcí ročně, což má za následek smrt zhruba 47 tisíc žen (WHO, 2012b). Odhaduje se, že z 208 milionů žen na celém světě, které každý rok otěhotní, tvoří 59 % plánovaná (nebo chtěná) těhotenství končící porodem, samovolným potratem nebo narozením mrtvého dítěte. Zbývajících 41 % těhotenství je nechtěných (WHO, 2012b dle Singh aj., 2009).

WHO definuje nebezpečné UPT jako postup ukončení nechtěného těhotenství prováděný buď osobami s nedostatečnými dovednostmi, nebo v prostředí, které není v souladu s minimálními lékařskými normami, nebo obojí (WHO, 2012b). Tato definice se ovšem zaměřuje pouze na proces samotný. Charakteristiky nebezpečného UPT se dotýkají nevhodných okolností před, během i po provedení zákroku. Okolnosti typické pro nebezpečný umělý potrat jsou podle WHO následující:

- absence poradenství před zákrokem,
- interrupce je provedena nekvalifikovanými lékaři, často v nehygienických podmínkách, nebo lékařem mimo adekvátní zdravotnické zařízení,
- potrat je vyvolán vložením objektu do dělohy samotnou ženou nebo jinou nekvalifikovanou osobou nebo násilně masáží břicha,

- chemický potrat je nesprávně předepsaný nebo je lék vydán lékařem se špatnými instrukcemi,
- potrat je vyvolaný samotnou ženou požitím tradičních léků nebo nebezpečných látek,
- nedostatek okamžitého zásahu v případě závažného krvácení nebo jiné krizové situace během procesu,
- neposkytnutí lékařského vyšetření a péče včetně absence poradenství za účelem zabránění opakování potratu,
- neochota ženy hledat včasnou lékařskou péči v případě komplikací z důvodu právních omezení a sociálních a kulturních přesvědčení spojených s UPT (WHO, 2011c).

V téměř všech rozvinutých zemích jsou služby obecně k dispozici většině žen a rovněž tak bezpečná UPT jsou legálně dostupná na požádání nebo na základě širokých sociálních a ekonomických důvodů. Avšak v rozvojových státech je přístup k bezpečným interrupcím až na některé výjimky omezený kvůli množství restriktivních podmínek (WHO, 2012b dle United Nations, 2011). V takových zemích, kde je umělý potrat velmi právně omezený, může nastat nerovný přístup k bezpečnému umělému potratu. Ženy a dívky, které si mohou dovolit zaplatit soukromého lékaře či zdravotní sestru ochotnou provést bezpečnou interrupci, těchto možností v zemích zakázaného UPT využívají. Ostatní ženy, které si nemohou bezpečné UPT dovolit nebo nemají přístup k těmto službám, se často pokouší provést si interrupci samy nebo se obrací na nekvalifikované lékaře (lidové léčitele, bylinkáře, apod.), čímž riskují zdravotní postižení i smrt (PRB, 2011 dle Singh aj. 2009).

Ukazuje se, že nebezpečná interrupce je významnou příčinou úmrtí matek. V roce 2008 tvořila úmrtí v důsledku nebezpečného UPT přibližně 13 % všech úmrtí matek (WHO, 2011c). Této příčině by mělo být zabráněno, a to prostřednictvím vzdělání v oblasti sexuality, plánovaného rodičovství, služeb poskytujících bezpečné interrupce v plném rozsahu zákona a péče po provedené interrupci ve všech případech. Rozhodující je ovšem rozšíření přístupu k moderním metodám antikoncepce, což zajistí předcházení neplánovaným těhotenstvím a tak i nebezpečným umělým potratům (WHO, 2012b).

Nerovný přístup ke službám poskytujícím bezpečná UPT není daný pouze legislativou, ale existují i jiné bariéry, které ženy nutí uchýlit se k nebezpečnému provedení interrupce. Jedním z vážných problémů je nízká dostupnost nemocničních služeb v rozvojových zemích, zejména ve venkovských oblastech. Například v rozvojových zemích rodí v nemocnicích pouze 55 % žen (WHO, 2011c dle Åhman). Další významnou příčinou nerovného přístupu jsou sociální a kulturní přesvědčení proti interrupcím. Umělý potrat, ať už legální nebo nelegální, je často odsuzován náboženským učením a ideologií a je skrýván ze strachu z odplaty nebo sociálního vyloučení. Problémem je také nedostatečně vybudovaná kapacita pro provádění UPT. Země přecházející z více restriktivních k méně restriktivním zákonům, potřebují vybudovat infrastrukturu a získat dovednosti, na rozdíl od většiny zemí, kde je UPT z mnoha důvodů delší dobu povoleno zákony, a kde byly potratové služby integrovány do zdravotní infrastruktury (WHO, 2011c).

### 3.3.3 Právní rámec umělých potratů

Podmínky, za kterých je umělý potrat povolen, se v různých zemích liší. V některých je přístup k interrupci velice omezen, v jiných je UPT povoleno na základě širokých zdravotních a sociálních důvodů nebo na žádost ženy. Mezi lety 1950 a 1985 téměř všechny průmyslové země, a nejen ty, liberalizovaly své zákony o interrupcích. V roce 1994 podepsalo 179 vlád na Mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji Akční program, aby dalo najevo závazek zamezit nebezpečným umělým potratům. Po tomto významném milníku dále liberalizovalo své zákony týkající se UPT více než 25 zemí, zatímco pouze hrst zemí tato omezení týkající se interrupcí zpřísnila. Obecně lze říci, že státy tzv. Global North (kam patří ekonomicky vyspělé země Evropy, Severní Ameriky, Austrálie, Izrael, Jižní Afrika a další) a severní Asie mají zákony týkající se UPT nejliberálnější. Na druhou stranu státy tzv. Global South (kam se řadí mimo jiné ekonomicky nerozvinuté země Afriky, Indie, Čína, Brazílie, Mexiko) přijaly restriktivní zákony o UPT. Do této skupiny patří také většina států Latinské Ameriky a Karibiku (CRR, 2013). Navíc v roce 2013 se čtyři z šesti zemí zcela zakazujících interrupci nacházely právě v tomto regionu. Jedná se o státy Chile, Dominikánská republika, El Salvador a Nikaragua (viz tabulka 3) (UN, 2013b).

Právní postavení UPT je jedním z faktorů určujících, do jaké míry je provedení interrupce bezpečné, dostupné a přístupné (PRB, 2011). Je dokázáno, že ženy po celém světě se v případě nechtěného těhotenství s velkou pravděpodobností rozhodnou pro UPT, a to bez ohledu na zákonné podmínky (WHO, 2011c dle Sedgh aj., 2007). Nicméně tam, kde jsou zákony týkající se UPT nejméně restriktivní, neexistují žádné nebo jen malé důkazy o nebezpečných interrupcích, zatímco silně restriktivní zákony zvyšují procento ilegálních a nebezpečných umělých potratů (WHO, 2011c). V zemích, kde je interrupce legální, je pravděpodobnější, že bude provedena vyškolenými zdravotníky, bude dostupnější a levnější. V takových zemích je i patrná tendence k nižší mateřské úmrtnosti a zraněním v důsledku zákroku obecně (PRB, 2011).

Na druhou stranu je ale nutné si uvědomit, že i když je v určitých případech interrupce zákonem povolená, není zaručeno, že bude ženám poskytnuta bezpečně. Důvodů může být několik, například nedostatek zkušených lékařů, nedostatek vhodně vybavených zdravotnických zařízení, lékaři, kteří nechtějí interrupci vykonávat kvůli rozsáhlým procesním požadavkům nebo sociálnímu stigmatu, nedostatek prostředků k úhradě bezpečného UPT, chybějící znalosti lékařů o tom, co právo dovoluje a další důvody (PRB, 2011 dle Singh aj. 2009).

Je třeba vzít v úvahu, že zákony týkající se UPT jsou rozmanité a mohou být složité. Navíc některé případy vyžadují podmínky, které mohou být v rozporu s uvedeným záměrem zákona, a tak jen těžko mohou probíhat „oficiální“ cestou. Například v některých zemích je pro provedení interrupce vyžadován souhlas několika lékařů, včetně specialistů. Další požadavky týkající se souhlasu a poradenství mohou situaci zkomplikovat a prodloužit proces podávání žádosti. Někdy to znamená, že délka těhotenství přesáhne legálně povolené období pro provedení interrupce. Také mohou existovat rozdíly mezi zněním zákona (de jure) a jeho praktickým uplatněním (de facto). Běžná praxe tak může napomáhat nebo naopak bránit provedení bezpečného a legálního umělého potratu (WHO, 2011c).

**Tab. 3 – Důvody, na základě kterých je UPT povoleno v zemích Latinské Ameriky a Karibiku, 1996, 2005 a 2013**

	1996	2005	2013
Antigua and Barbuda	1	1	1
Argentina	1, 2	1, 2, 3, 4	1, 2, 4
Bahamas	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3, 4, 5
Barbados	1, 2, 3, 4, 5, 6	1, 2, 3, 4, 5, 6	1, 2, 3, 4, 5, 6
Belize	1, 2, 3, 4, 5, 6	1, 2, 3, 5, 6	1, 2, 3, 5, 6
Bolivia	1, 2, 4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4
Brazil	1, 4	1, 4	1, 4
Chile	Není povoleno	Není povoleno	Není povoleno
Colombia	1	1	1, 2, 3, 4, 5
Costa Rica	1, 2	1, 2, 3	1, 2, 3
Cuba	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Dominica	1	1	1
Dominican Republic	1	1	Není povoleno
Ecuador	1, 2, 4	1, 2, 3, 4	1, 2, 3
El Salvador	Není povoleno	Není povoleno	Není povoleno
Grenada	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3
Guatemala	1	1	1
Guyana	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Haiti	1	1	1
Honduras	1	1	1
Jamaica	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3
Mexico	1, 4	1, 4	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Nicaragua	1	1	Není povoleno
Panama	1, 4, 5	1, 3, 4	1, 4, 5
Paraguay	1	1	1
Peru	1, 2	1, 2, 3	1, 2, 3
Saint Kitts and Nevis	1, 2, 3	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4
Saint Lucia	1, 2, 3	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4
Saint Vincent and the Grenadines	1, 2, 3, 4, 5	1, 2, 3, 4, 5, 6	1, 2, 3, 4, 5, 6
Suriname	1	1	1
Trinidad and Tobago	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3
Uruguay	1, 2	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Venezuela	1	1	1

**Poznámky:** Jednotlivá čísla odpovídají rozdělení kategorií vypsanych v textu pod tabulkou.

Tabulka neobsahuje výčet všech států Latinské Ameriky a Karibiku, neboť za některé z nich chybí data. Z celkového počtu 46 zemí není v této tabulce uvedeno 13, převážně ostrovních států.

**Zdroj:** UN, 2013b

V každém případě se obecně zákony týkající se UPT rozdělují do několika kategorií. Podle OSN se jedná o následující důvody (UN, 2013c), na základě kterých je UPT zákonem povoleno (seřazeno od nejvíce po nejméně restriktivní):

- (1) záchrana života těhotné ženy
- (2) zachování fyzického zdraví ženy
- (3) zachování psychického zdraví ženy
- (4) v případě znásilnění nebo incestu
- (5) v případě poškození plodu
- (6) z ekonomických nebo sociálních důvodů
- (7) na požádání, bez omezení

Z celkového počtu 33 zemí v Latinské Americe a Karibiku povoluje 88 % interrupci v případě záchrany života těhotné ženy (údaj je platný k roku 2013). Zbylé čtyři země, představující 12 %, umělý potrat nepovolují vůbec. Zákon nepovolující umělý potrat sice výslovně neudává výjimku provést UPT za účelem záchrany života, ovšem v případě krajní nouze je možné, aby lékař odůvodnil porušení zákona tím, že provedení interrupce zachrání život ženy (PRB, 2011 dle CRR, 2009). Naopak nejliberálnější zákon týkající se UPT, kdy je povoleno interrupci provést na žádost ženy, platí pouze ve čtyřech zemích, a těmi jsou Kuba, Guyana, Mexiko a Uruguay. Zbytek zemí, kde nejsou zákony týkající se UPT tak extrémní, představuje různé kombinace podmínek, za kterých je interrupce legálně proveditelná.

## Kapitola 4

### Metodika a data

#### 4.1 Datové zdroje

Stěžejním zdrojem dat pro tuto práci byla databáze poskytovaná Populační divizí OSN. V případě ukazatele prevalence antikoncepce podle metod jsou k dispozici údaje za časové období let 1950–2012. Prevalence antikoncepce vyplývá z celostátních reprezentativních šetření domácností pokládáním otázek zjišťujících současné užívání antikoncepce. Běžně se tyto informace sbírají v rámci několika mezinárodních šetření, jako jsou například Demographic and Health Surveys, Fertility and Family Surveys, Reproductive Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys, Living Standards Measurement Study a dalších národních šetření. V průměru se tyto průzkumy uskutečňují jednou za tři až pět let. Databáze obsahuje jednak data za světové regiony a subregiony, která jsou sjednocena po pětiletých intervalech, a jednak výsledky šetření v jednotlivých zemích. Data podle zemí jsou uceleně publikována za různé roky podle toho, kdy proběhlo v daném státě šetření. Údaje jsou tříděny podle metod antikoncepce a jsou tak dostupné za moderní i tradiční metody. Jelikož nebylo možné získat data za stejné roky, byly v práci použity nejnovější dostupné údaje z období let 2001–2012. V důsledku tohoto faktu je nutný opatrný přístup k vyhodnocování výsledků (UN, 2012c).

Populační divize OSN také vytvořila databázi, odkud lze pro jednotlivé státy získat hodnoty ukazatelů týkajících se velikosti populace, věkové struktury, plodnosti, reprodukčního zdraví a plánovaného rodičovství, zdraví a úmrtnosti, územního rozložení a migrace (UN, 2012d). Data jsou u většiny ukazatelů dostupná za roky 1975, 1985, 1995, 2005 a 2013. Některé indikátory jsou odkazovány k odlišným rokům a některé k pětiletým obdobím (například údaje za rok 2013 jsou platné k období let 2010–2015). Z tohoto zdroje dat byly pro vybrané státy Latinské Ameriky a Karibiku čerpány údaje pro ukazatele mateřské úmrtnosti, kojenecké úmrtnosti, dětské úmrtnosti, prevalenci HIV, úhrnnou plodnost a míru plodnosti adolescentů.

Významný zdroj dat z oblasti zdraví poskytuje také WHO (WHO, 2013). Některé ukazatele jsou zde rozlišeny podle bohatství, vzdělání nebo podle místa bydlení (městske a venkovské oblasti). Hodnoty těchto ukazatelů jsou k dispozici podle zemí a za různé roky z období let 1990–2010. Nicméně nejsou dostupné pro všechny země, a proto je nebylo možné použít

k hlubší analýze. V práci byly použity pouze tři ukazatele rozlišené podle bohatství, a to prevalence moderních metod antikoncepce, ukazatel kojenecké úmrtnosti a dětské úmrtnosti.

V práci byl použit také jeden ekonomický ukazatel. Tím je HDP na osobu v paritě kupní síly v amerických dolarech. Hodnoty tohoto indikátoru byly získány z databáze Světové banky a jsou platné k roku 2012 (World Bank, 2014a).

Zjišťování počtu provedených UPT v jednotlivých územních celcích je velice náročný proces provázený mnoha překážkami nejen při získávání dat a údajů, které jsou často nedostatečné, ale i při jejich vyhodnocování. Přesnost statistik do značné míry závisí na přísnosti zákona týkajícího se UPT dané země. Oficiální statistiky v zemích s liberálními zákony pravděpodobně poskytují co nejpřesnější čísla, zatímco méně přesná data lze očekávat v zemích s restriktivní legislativou, což se týká většiny zemí zkoumaného regionu. Nicméně odhady mohou být odvozeny z různých šetření, průzkumů týkajících se obyvatelstva, studií z nemocničního prostředí či kombinací více zdrojů (Bailey, 1995). Přesto možné odhady pro většinu zemí nejsou publikovány organizacemi, které sbírají tyto informace z celého světa, a tak nejsou ani běžně dostupné. Populační divize OSN poskytuje data z latinskoamerického regionu pouze pro země Kuba, Dominikánská republika, El Salvador, Mexiko, Nikaragua, Chile a Guyana. Z tohoto důvodu nebylo možné provést analýzu umělé potratovosti v jednotlivých zemích Latinské Ameriky a Karibiku, a intenzita umělé potratovosti byla tak přiblížena na úrovni celého regionu a jeho jednotlivých subregionů, pro které odhady existují a jsou dostupné. Odhad celosvětové úrovně umělé potratovosti zpracoval například americký Guttmacher Institut pro roky 1995, 2003 a 2008, odkud jsou čerpána data v této práci (Sedgh aj., 2012).

## 4.2 Definice ukazatelů

Obsahem této kapitoly jsou definice ukazatelů, s kterými se pracuje v analytické části. Jednotlivé proměnné jsou popsány v podkapitolách sledujících určitou oblast. Jedná se o ukazatele měřící úroveň reprodukčního zdraví, umělé potratovosti, plodnosti žen a ekonomické vyspělosti.

### 4.2.1 Reprodukční zdraví

#### *Prevalence antikoncepce*

Ukazatel prevalence antikoncepce udává podíl vdaných žen nebo žen žijících v kohabitaci v reprodukčním věku 15–49 let, které v současnosti používají, nebo jejichž partner používá, alespoň jednu z metod antikoncepce, ať už moderní nebo tradiční. V případě prevalence moderních metod antikoncepce se jedná o ženy nebo muže, kteří používají alespoň jednu z moderních metod antikoncepce (UN, 2013e).

$$pa_{(m)} = \frac{p_{15-49}^{\text{žijící s partnerem, používající antikoncepci (m)}}}{p_{15-49}^{\text{žijící s partnerem, celkem}}} \times 100$$



$pa_{(m)}$	..... prevalence antikoncepce, (m) značí moderní metody
$p_{15-49}^{\text{žijící s partnerem, používající antikoncepci (m)}}$	..... počet žen vdaných nebo žijících v kohabitaci ve věku 15–49 let užívající alespoň jednu z metod antikoncepce, (m) značí některou z moderních metod antikoncepce
$p_{15-49}^{\text{žijící s partnerem, celkem}}$	..... počet žen vdaných nebo žijících v kohabitaci ve věku 15–49 let

### Kojenecká úmrtnost

Ukazatelem kojenecké úmrtnosti, který bývá často nepřesně označován za míru, je kvocient kojenecké úmrtnosti, a je definován jako počet zemřelých ve stáří do jednoho roku na 1000 živě narozených téhož kalendářního roku (Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986).

$$kú_{0-364} = \frac{D_{0-364}}{N^v} \times 1000$$

$kú_{0-364}$	..... kvocient kojenecké úmrtnosti
$D_{0-364}$	..... počet zemřelých ve stáří do jednoho roku
$N^v$	..... počet živě narozených

### Dětská úmrtnost

Ukazatel dětské úmrtnosti je definován, podobně jako kvocient kojenecké úmrtnosti, jako pravděpodobnost zemřít mezi narozením a přesným věkem pěti let, vyjádřený jako počet úmrtí na 1000 živě narozených v daném kalendářním roce (UN, 2013e).

### Mateřská úmrtnost

Nejčastěji je mateřská úmrtnost vyjádřena jako podíl matek, které zemřely v souvislosti s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím na 100 tisíc živě narozených dětí v daném kalendářním roce. WHO definuje úmrtí matky jako úmrtí ženy během jejího těhotenství nebo do 42 dnů po ukončení těhotenství, a to bez ohledu na délku těhotenství nebo zda bylo těhotenství mimoděložní, tedy z jakékoliv příčiny související s těhotenstvím (WHO, 2011b).

$$mú = \frac{D^{ž,i}}{N^v} \times 100\,000$$

$mú$	..... mateřská úmrtnost
$D^{ž,i}$	..... počet zemřelých žen podle příčiny i, tedy v souvislosti s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím
$N^v$	..... počet živě narozených

*Prevalence HIV*

Jedná se o indikátor definovaný počtem osob ve věku 15–49 let nakažených virem HIV, ať už se u nich vyvinuly symptomy AIDS nebo ne, vyjádřený jako podíl z celkového počtu obyvatel dané věkové skupiny (WHO, 2011b).

**4.2.2 Umělé přerušení těhotenství**

Nejjednodušším ukazatelem úrovně umělé potratovosti je hrubá míra umělé potratovosti, definovaná jako počet všech UPT na 1000 obyvatel středního stavu. Ovšem tento ukazatel není vhodný k hlubší analýze umělé potratovosti, vzhledem k tomu, že jen malá část populace může UPT podstoupit (Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986). Dalším ukazatelem charakterizujícím úroveň umělé potratovosti je index umělé potratovosti. Vyjadřuje počet UPT připadajících na 100 živě narozených dětí v kalendářním roce. Nicméně jako hlavní ukazatel pro vyjádření úrovně umělé potratovosti byla zvolena obecná míra umělé potratovosti. Tento ukazatel je definovaný jako počet UPT připadajících na 1000 žen středního stavu ve věku 15–44 let.

$$po^u = \frac{A^u}{P_{15-44}^{\bar{z}}} \times 1000$$

$po^u$  ..... obecná míra umělé potratovosti

$A^u$  ..... počet UPT

$P_{15-44}^{\bar{z}}$  ..... střední stav žen ve věku 15–44 let

**4.2.3 Plodnost žen***Úhrnná plodnost*

Ukazatel úhrnné plodnosti je definován jako průměrný počet živě narozených dětí na jednu ženu v průběhu celého jejího reprodukčního období, za předpokladu, že by úroveň plodnosti zůstala nezměněná na úrovni daného kalendářního roku (Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986). Obvykle se pracuje s věkovou skupinou žen ve věku 15–49 let. Ukazatel je vyjádřen jako počet dětí na jednu ženu (UN, 2013e).

$$\acute{u}p = \sum_x f_x$$

$\acute{u}p$  ..... úhrnná plodnost

$f_x$  ..... míra plodnosti ve věku x

*Míra plodnosti adolescentů*

Obecně se jedná o ukazatel míry plodnosti podle věku, který vyjadřuje počet živě narozených v x-tém roce věku matky k střednímu stavu x-letých žen (Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986). V případě ukazatele míry plodnosti adolescentů se jedná o ženy ve věku 15–19 let. Ukazatel je vyjádřen jako počet živě narozených na 1000 žen ve věku 15–19 let (UN, 2013e).

$$f_{15-19} = \frac{N_{15-19}^v}{P_{15-19}^{\bar{z}}} \times 1000$$

$f_{15-19}$  ..... míra plodnosti žen ve věku 15–19 let

$N_{15-19}^v$  ..... počet živě narozených dětí matkám ve věku 15–19 let

$P_{15-19}^{\bar{z}}$  ..... střední stav žen ve věku 15–19 let

#### 4.2.4 Ukazatele ekonomické vyspělosti

Jako jeden z ukazatelů vstupujících do shlukové analýzy byl zvolen ukazatel HDP na osobu v paritě kupní síly v amerických dolarech. HDP, tj. hrubý domácí produkt, vypovídá o ekonomické výkonnosti na daném území. Zachycuje hodnotu produkovaných statků a služeb ve všech odvětvích na určitém území za určité období. Parita kupní síly (Purchasing Power Parity, tj. PPP) představuje poměr cen v národních měnách za stejné výrobky a služby v různých zemích (Kahoun, 2014). Pro mezinárodní srovnávání je HDP převedeno na americké dolary (US \$) pomocí parity kupní síly (World Bank, 2014a). Tím vznikl ukazatel vypovídající o ekonomické výkonnosti dané země a zároveň do jisté míry vypovídající také o koupěschopnosti jejího obyvatelstva.

V kapitole X je použit tzv. index genderové nerovnosti (Gender Inequality Index), což je indikátor vytvořený v rámci Rozvojového programu OSN. Tento ukazatel reflektuje nerovnou situaci žen v jednotlivých zemích na základě tří aspektů: zdravotní stav vhodný k reprodukci, „empowerment“ (pod tímto pojmem rozumějme „zmocnění/udělení/přístup k moci“) a pracovní příležitosti. Index genderové nerovnosti se uvádí v hodnotách od 0 do 1, přičemž 0 znamená absolutní rovnost a 1 pak absolutní nerovnost mezi pohlavími (UNDP, 2014).

### 4.3 Užití statistické metody

Pro rozdělení zemí do skupin byla v analytické části práce zvolena metoda shlukové analýzy. Shluková analýza patří mezi metody, které se zabývají vyšetřováním podobnosti objektů. Pomocí této metody lze rozdělit objekty do určitého systému kategorií, jež zachycuje podobnost objektů patřících do téže kategorie na jedné straně a nepodobnost objektů patřících do různých kategorií na straně druhé (Hendl, 2006).

Pro výpočet shlukové analýzy byl využit software SAS 9.3. Protože byly hodnoty jednotlivých znaků objektů v různých jednotkách, bylo nutné data upravit tak, aby byly všechny znaky souměřitelné. Toho bylo dosaženo standardizací dat na tzv. z-skóry (Hendl, 2006). Pro seskupování objektů byl zvolen hierarchický shlukovací postup založený na hierarchickém uspořádání objektů a jejich shluků. Graficky se takové hierarchické uspořádání shluků znázorňuje pomocí dendrogramu neboli vývojového stromu. Jako metoda metriky shlukování byla zvolena Wardova metoda vycházející z analýzy rozptylu, jejímž základem je čtverec Euklidovské vzdálenosti (Meloun, Militký, 2013).

Cílem shlukové analýzy bylo vytvoření několika skupin subregionů na základě proměnných vypovídajících o úrovni reprodukčního zdraví, úrovni porodnosti a ekonomické výkonnosti jednotlivých států. Z důvodu absence dat pro některé země bylo do analýzy zahrnuto celkem 24 států (8 ze Střední Ameriky, 11 z Jižní Ameriky a 5 z Karibiku). Do shlukové analýzy vstupovalo následujících devět proměnných (tabulka hodnot proměnných podle států je zařazena do přílohy, viz příloha 2):

- Prevalence všech antikoncepčních metod
- Prevalence moderních antikoncepčních metod
- Mateřská úmrtnost
- Kojenecká úmrtnost
- Dětská úmrtnost
- Prevalence HIV
- Úhrnná plodnost
- Míra plodnosti adolescentů
- HDP na jednoho obyvatele v paritě kupní síly v amerických dolarech

Ukazatele vstupující do shlukové analýzy a výsledky analýzy jsou komentovány v kapitolách 6.1 a 6.2.

V kapitole 6.4 byla pro zjištění síly závislosti mezi úrovní prevalence antikoncepce a úhrnné plodnosti zvolena korelační analýza. Jelikož se jedná o dvě spojité proměnné, byl pro výpočet závislosti zvolen Pearsonův korelační koeficient  $r$ , který je i přes některé své nedostatky nejdůležitější mírou síly lineárního vztahu dvou náhodných spojitých proměnných  $X$  a  $Y$ . Nabývá hodnot z intervalu  $(-1; 1)$ . Jestliže  $r = 0$ , nazýváme  $X$  a  $Y$  nekorelované proměnné. Dvě náhodné proměnné jsou tím více korelovány, čím blíže je hodnota  $r$  k číslům 1 nebo  $-1$ . V tom případě lze vztah dvou proměnných dobře vyjádřit přímkou (Hendl, 2006). Podle síly asociace  $|r|$  lze interpretovat hodnoty koeficientu 0,1–0,3 jako malou závislost, 0,3–0,7 jako střední závislost a 0,7–1 jako velkou závislost. Nicméně korelace, ať je jakkoli silná, neznamená sama o sobě průkaz příčinného vztahu (tj. že změny proměnné  $X$  skutečně působí změny proměnné  $Y$ ). Korelační koeficient  $r$  se počítá pomocí tzv. kovariance  $s_{xy}$  a směrodatných odchylek  $s_x$  a  $s_y$  obou proměnných podle následujícího vztahu:

$$r_{xy} = \frac{s_{xy}}{s_x s_y}$$

$r_{xy}$  ..... Pearsonův korelační koeficient

$s_{xy}$  ..... kovariance proměnných  $X$  a  $Y$

$s_x$  ..... směrodatná odchylka proměnné  $X$

$s_y$  ..... směrodatná odchylka proměnné  $Y$

$$s_{xy} = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

$n$  ..... počet jednotek

$x_i$  ..... hodnota  $x$   $i$ -tého vybraného objektu

$\bar{x}$  ..... výběrový průměr proměnné  $X$

$y_i$  ..... hodnota  $y$   $i$ -tého vybraného objektu

$\bar{y}$  ..... výběrový průměr proměnné  $Y$

Dále byla stanovena nulová hypotéza  $H_0$  o neexistenci lineární závislosti mezi proměnnými prevalence antikoncepce a úhrnná plodnost, tj.  $H_0 : r = 0$ . Alternativní hypotéza  $H_1$  v tomto případě říká, že mezi dvěma proměnnými existuje lineární závislost, tj.  $H_1 : r \neq 0$ . Hladina významnosti  $\alpha$  vyjadřující pravděpodobnost, že se zamítne  $H_0$  ačkoliv platí, byla stanovena na 5 %. Pomocí testové statistiky  $T$  a Studentova  $t$  rozdělení s  $n-2$  stupni volnosti byla zkoumána platnost  $H_0$ . Platí následující tvrzení (Hendl, 2006):

$|T| > t_{n-2}(\alpha)$  ..... na hladině  $\alpha$  zamítáme  $H_0$

$|T| < t_{n-2}(\alpha)$  ..... na hladině  $\alpha$  nelze  $H_0$  zamítnout

Také v případě měření závislosti mezi úrovní prevalence antikoncepce a přísností zákonů týkajících se UPT byla zvolena korelační analýza. Ukazatel přísnosti zákonů týkajících se UPT byl z původních sedmi kategorií (viz kapitola 3.3.3) převeden na dvě kategorie, 0 a 1. Do kategorie 0 byly zařazeny ty státy, kde byla v roce 2005 interrupce buď zcela zakázána, nebo povolena pouze v případě záchrany života ženy (viz tabulka 4). Kategorie 1 byla určena pro všechny ostatní státy, kde byla interrupce povolena na základě širších důvodů.

**Tab. 4 – Rozdělení zemí do dvou kategorií podle přísnosti zákona týkajícího se UPT, Latinská Amerika a Karibik, 2005**

Kategorie 0 (restriktivní zákony)	Colombia, Dominican Republic, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Chile, Nicaragua, Paraguay, Suriname
Kategorie 1 (liberální zákony)	Argentina, Belize, Bolivia, Brazil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica, Mexico, Panama, Peru, Trinidad and Tobago, Uruguay

**Poznámky:** Kategorie 0: V těchto zemích je interrupce buď zcela zakázána, nebo povolena pouze v případě záchrany života ženy. Kategorie 1: V těchto zemích je interrupce povolena v případě záchrany života ženy, v případě záchrany fyzického a psychického zdraví ženy, v případě znásilnění nebo incestu, z ekonomických nebo sociálních důvodů, nebo na žádost ženy.

**Zdroj:** (UN, 2013b)

Vzhledem k tomu, že přísnost zákonů týkajících se UPT je proměnnou binární, byl pro výpočet závislosti zvolen bodově biseriální korelační koeficient  $r_{pb}$ , který měří vztah právě mezi binární a spojitou proměnnou (Hendl, 2006). Opět nabývá hodnot z intervalu  $(-1 ; 1)$ .

$$r_{pb} = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_0}{s} \sqrt{\frac{n_1 n_0}{n(n-1)}}$$

$r_{pb}$  ..... biseriální korelační koeficient

$\bar{X}_1$  ..... průměrná hodnota sledovaného jevu ve skupině 1

$\bar{X}_0$  ..... průměrná hodnota sledovaného jevu ve skupině 0

$s$  ..... směrodatná odchylka

$n_1$  ..... počet jednotek ve skupině 1

$n_0$  ..... počet jednotek ve skupině 0

V tomto případě byl zvolen stejný postup, tedy nejprve byla určena nulová hypotéza  $H_0$  o neexistenci závislosti mezi proměnnými prevalence antikoncepce a přísnost zákonů týkajících se UPT. Alternativní hypotéza  $H_1$  naopak tvrdí, že mezi dvěma proměnnými existuje závislost. Platnost  $H_0$  byla ověřena porovnáním testové statistiky  $T$  a Studentova  $t$  rozdělení s  $n-2$  stupni volnosti.

## **Kapitola 5**

### **Charakteristika programů plánovaného rodičovství**

#### **5.1 Co je to plánované rodičovství**

„Plánované rodičovství umožňuje jednotlivcům a párům předvídat a dosáhnout požadovaného počtu dětí a ovlivnit jejich načasování. Toho je možné dosáhnout použitím antikoncepčních metod a léčbou neplodnosti. Schopnost žen ovlivnit načasování a počet těhotenství má přímý vliv na jejich zdraví a pohodu, stejně jako na výsledek těhotenství.“ (WHO, 2014a). Podpora plánovaného rodičovství, tedy zejména zajištění přístupu k upřednostňovaným metodám antikoncepce pro ženy a páry, je zásadní pro zabezpečení blahobytu a nezávislosti žen a současně i pro podporu zdraví a rozvoj komunit (WHO, 2014a). Konkrétněji má plánované rodičovství dopad na oblasti, které jsou přiblíženy v následujícím odstavci.

Plánovaným rodičovstvím ve smyslu používání antikoncepce lze například zpozdit těhotenství u mladých žen, které jsou vystaveny většímu zdravotnímu riziku a riziku úmrtí z důvodu brzkého porodu, ale i u žen starších nebo u žen s větším počtem dětí, které jsou také vystaveny vyššímu riziku. Plánování rodičovství tak napomáhá snižování míry nechtěných těhotenství a v důsledku toho také snižuje potřebu počtu nebezpečně vykonávaných interrupcí. Díky plánovanému rodičovství lze zabránit těhotenstvím příliš brzy za sebou nebo celkově jejich špatnému načasování. Taková těhotenství totiž přispívají k vysoké míře kojenecké úmrtnosti. Plánované rodičovství také snižuje riziko nechtěných těhotenství u žen žijících s HIV, což vede k menšímu počtu infikovaných dětí a sirotek. Navíc ženské a mužské kondomy poskytují dvojí ochranu, jednak proti nechtěnému otěhotnění, jednak proti šíření pohlavně přenosných chorob včetně HIV. Plánované rodičovství představuje pro ženy příležitost více se vzdělávat a účastnit se na veřejném životě, například prací v placeném zaměstnání. Kromě toho menší počet dětí umožňuje rodičům více investovat do každého z nich. Plánované rodičovství ovlivňuje také počet těhotenství adolescentů. Těhotné dívky mívají s větší pravděpodobností předčasný porod nebo děti s nízkou porodní hmotností. U dětí narozených mladistvým je pozorována vyšší míra novorozenecké úmrtnosti. Kromě toho mnoho dospívajících dívek, které otěhotní, musí opustit školu. To má dlouhodobé následky nejen pro ně samotné, ale i pro rodiny a komunity. V neposlední řadě je plánované rodičovství klíčem ke zpomalení neudržitelného

růstu populace a následného dopadu na ekonomiku, životní prostředí a úsilí o národní i regionální rozvoj (WHO, 2014a).

## 5.2 Podpora programů plánovaného rodičovství

Rychlý pokles porodnosti od 70. let v mnoha rozvojových zemích a přetrvávající úroveň porodnosti pod hladinou prosté reprodukce v rozvinutých státech nemají v lidské historii obdoby. Tyto prudké změny se odehrály v prostředí rychlých technologických inovací a společenských změn. V takovém prostředí byla a je rozhodující v poklesu porodnosti a ve zlepšení reprodukčního zdraví narůstající dostupnost k řadě účinných antikoncepčních metod. Navíc být informován a mít přístup k bezpečným a účinným metodám plánovaného rodičovství je součástí reprodukčních práv. Proto se většina vlád zapojila do přímé nebo nepřímé podpory programů plánovaného rodičovství (PR) (UN, 2013e).

OSN rozlišuje mezi přímou, nepřímou a žádnou podporou ze strany státu a zákazem programů nebo služeb PR (tento status je zde zmíněn pouze pro úplnost, v zemích Latinské Ameriky a Karibiku se ve sledovaném období nevyskytuje). Přímá podpora znamená poskytování informací týkajících se PR, poradenství a vybavení jako jsou nemocnice, kliniky, zdravotní střediska a terénní pracovníci prostřednictvím vlády. Za nepřímou podporu je označena situace, kdy vláda sama neposkytuje služby PR, nýbrž podporuje soukromý sektor, včetně nevládních organizací. Pokud vláda umožňuje soukromému sektoru poskytování služeb PR, ovšem sama ho materiálně nepodporuje, nejedná se o žádnou podporu (UN, 2013e).

V naprosté většině států Latinské Ameriky a Karibiku ve sledovaném období let 1996, 2005 a 2013 poskytovala vláda přímou podporu programů PR. Pouze ve čtyřech z 33 států, za něž jsou tyto údaje dostupné, se v některém roce uplatňovala nepřímá podpora vlády a v jednom státě nebyla podpora žádná. V roce 2013 z těchto pěti států ovšem pouze jeden poskytoval nepřímou podporu, vlády ostatních zemí podporovaly programy PR přímo (viz tabulka 5).

**Tab. 5 – Vládní podpora programů plánovaného rodičovství ve vybraných státech Latinské Ameriky a Karibiku, 1996, 2005 a 2013**

	1996	2005	2013
Argentina	Žádná podpora	Přímá podpora	Přímá podpora
Bahamas	Nepřímá podpora	Přímá podpora	Přímá podpora
Belize	Nepřímá podpora	Nepřímá podpora	Přímá podpora
Colombia	Nepřímá podpora	Přímá podpora	Přímá podpora
Suriname	Přímá podpora	Nepřímá podpora	Nepřímá podpora

**Poznámky:** Tabulka zahrnuje pouze státy, ve kterých se během sledovaných let změnil status vládní podpory programů plánovaného rodičovství. V ostatních zemích platil status přímé podpory ve všech třech letech: Antigua a Barbuda, Barbados, Bolívie, Brazílie, Chile, Kostarika, Kuba, Dominika, Dominikánská republika, Ekvádor, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamajka, Mexiko, Nikaragua, Panama, Paraguay, Peru, Sv. Kryštof a Nevis, Sv. Lucie, Sv. Vincenc a Grenadiny, Trinidad a Tobago, Uruguay, Venezuela

**Zdroj:** (UN, 2013b)

Pro možnost plánovaného rodičovství je určující dostupnost antikoncepce. Jak jsou různé druhy antikoncepce poskytovány klientům, závisí především na systému zdravotnictví.



V průběhu posledních dvaceti let měla reforma zdravotnictví dopad na systém logistiky antikoncepce ve většině zemí Latinské Ameriky a Karibiku. Zejména dvě složky reformy zdravotnictví – decentralizace sektoru zdravotnictví<sup>3</sup> a integrace vertikálních zdravotních programů<sup>4</sup> – ovlivnily systém zásobování Ministerstev zdravotnictví a sociálního zabezpečení v celém regionu. V některých případech měla reforma pozitivní účinek, v některých naopak vytvořila podněty k zachování efektivních a dobře fungujících systémů logistiky antikoncepce. Ještě větší výzvy byly pravděpodobně vytvořeny nedávným poklesem dárcovské podpory antikoncepce a rostoucí poptávkou po antikoncepci v regionu (Beith, 2006).

Mezinárodní dárci částečně nebo úplně zásobovaly antikoncepci region Latinské Ameriky a Karibiku. Výsledkem bylo, že Ministerstva zdravotnictví, ústavy sociálního zabezpečení a nevládní organizace vytvořily, financovaly a řídily vertikální systém logistiky antikoncepce, který funguje odděleně od základních zdravotnických a specializovaných systémů zásobování, jako jsou dodavatelské řetězce vakcín HIV/AIDS, tuberkulózy a malárie. V několika latinskoamerických zemích hrála distribuce darované antikoncepce nevládními organizacemi hlavní roli, až v poslední době se do tohoto procesu více zapojily vlády.

Jak již bylo zmíněno, v posledních letech začala podpora dárcovské antikoncepce celosvětově klesat. Na začátku 90. let byla Latinská Amerika prvním regionem, který zažíval pokles dárcovství od U. S. Agency for International Development (USAID) a dalších dárců. Mexiko, Chile a Kolumbie byly prvními státy, které zcela přestaly být závislé na dárcích, a převzaly úplnou finanční a manažerskou odpovědnost za zadávání veřejných zakázek a distribuci antikoncepce. Brzy je následovaly státy Brazílie a Kostarika (Beith, 2006).

Konkrétním příkladem a názornou ukázkou procesu ukončování podpory v PR zvnějšku je právě vedoucí americká vládní agentura USAID, která hrála téměř půl století ústřední roli v oblasti mezinárodního plánovaného rodičovství. V rozvojové části světa pomohla finanční a technickou podporou změnit sociálně citlivé téma plánování rodičovství v běžnou součást poskytování veřejných zdravotních služeb (USAID, 2011). V roce 2004 USAID uznala, že by měla zavést určitý systém v rozdělování svých prostředků pro PR a v procesu ukončování asistence, jelikož řada zemí již dosáhla bodu, kdy je schopná pokračovat v programech PR bez vnější finanční a technické podpory. Stanovila si kritéria, díky kterým určila, které země se blíží „ukončování“, tedy které země již nebudou potřebovat vnější pomoc v PR – buďto v příštích 2 až 5 letech nebo 3 až 6 letech. Kritéria pro země v kategorii „ukončování“ ve 2 až 5 letech jsou:

- úhrnná plodnost 3 děti na jednu ženu nebo menší,
- prevalence moderních metod antikoncepce nejméně 55 %,
- nejméně 80 % populace má přístup k alespoň třem metodám PR v rozumné vzdálenosti,

<sup>3</sup> decentralizace ve zdravotnickém systému znamená přesunutí různých stupňů řídicích funkcí z centrální na regionální, okresní či ještě nižší úroveň, většina zemí Latinské Ameriky a Karibiku přijala nebo se chystá přijmout různý model decentralizace (Beith, 2006)

<sup>4</sup> jelikož bylo v minulosti zásobování antikoncepcí a vakcínami řízeno nezávisle od ostatních řetězců dodávajících základní léky, je v současnosti snaha o integraci vertikálních zdravotnických programů, což je proces, při kterém se usiluje o zásobování zdravotnickým zbožím a řízení několika nebo všech zdravotnických programů najednou (Beith, 2006)

- ne více než 20 % produktů, služeb a programů PR nabízených ve veřejném a soukromém, sektoru je dotováno USAID,
- hlavní poskytovatelé služeb (veřejný sektor, nevládní organizace, soukromý komerční sektor) splňují a udržují standardy informované volby a kvality péče.

Úspěšné ukončení pomoci USAID v oblasti PR pro danou zemi znamená, že služby PR pokračují v podpoře úrovně prevalence antikoncepce dosažené před „ukončením“ a nerovnosti v přístupu ke službám se nezvětšují (USAID, 2011).

**Tab. 6 – Seznam zemí, ve kterých USAID ukončila nebo plánuje ukončit pomoc v oblasti plánovaného rodičovství**

Ukončila	Před rokem 2004	Panama, Costa Rica, Colombia, Mexico, Brazil, Ecuador
	Po roce 2004	Dominican Republic, Jamaica, Peru*, El Salvador
Plánuje ukončit		Paraguay, Nicaragua, Honduras
Zatím nesplnily kritéria		Bolivia, Guatemala, Haiti

**Poznámky:** Vzhledem k datu vydání publikace v roce 2011 není jasné, zda země, pro které byl naplánovaný rok ukončení, daný plán splnily. \*V době vytváření publikace byl rok ukončení podpory pro Peru přezkoumáván.

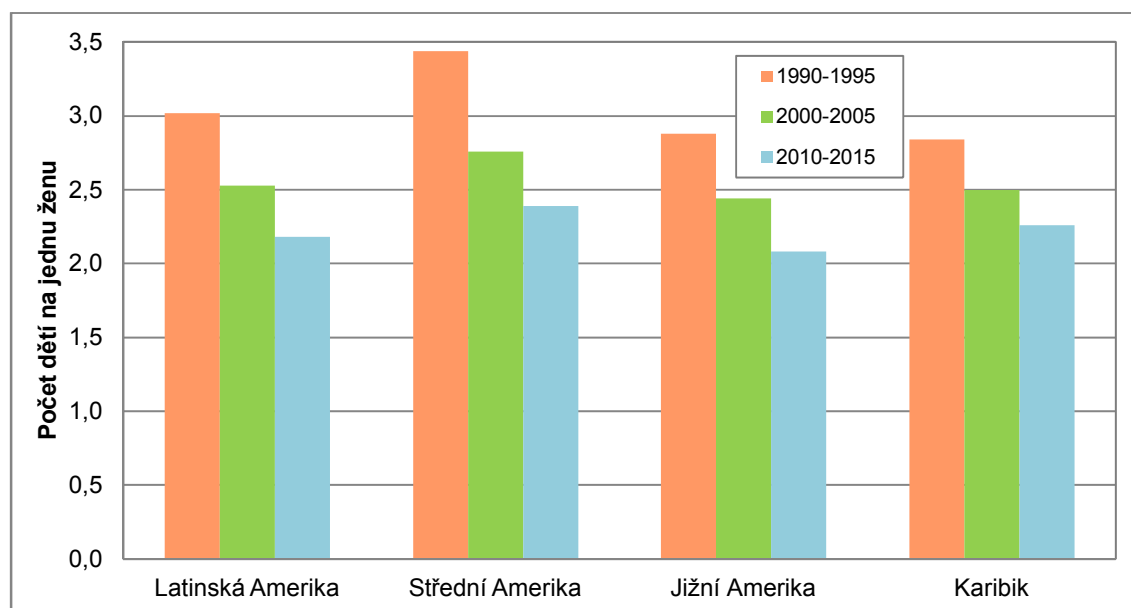
**Zdroj:** (USAID, 2011)

Zatím nebyla vytvořena analýza zjišťující dopad ukončení pomoci USAID na země, které prošly tímto procesem. Je důležité si uvědomit, že financování USAID představuje pouze jeden z mnoha faktorů ovlivňujících úspěšnost národního programu PR. Úroveň ukazatelů jako je úhrnná plodnost nebo míra prevalence antikoncepce ovlivňují změny v ekonomických podmínkách, fungování systému poskytování zdravotních služeb, sociální postavení žen, právní status interrupcí, přírodní katastrofy, politické nepokoje a další okolnosti (USAID, 2011).

V každém případě se ukazuje, že ať už díky přímé podpoře vlády nebo různých nevládních organizací či soukromého sektoru, užívání antikoncepce od 90. let stoupá. Děje se tak jak v celosvětovém měřítku, tak v regionu Latinské Ameriky a Karibiku i v jeho jednotlivých částech. Podle odhadovaných hodnot OSN v Latinské Americe a Karibiku stoupla prevalence moderních metod antikoncepce z 53 % v roce 1990 na 67 % v roce 2013 (UN, 2012c).

### 5.2.1 Regulace úrovně porodnosti

Jednou z věcí, které plánované rodičovství ovlivňuje, je úroveň porodnosti. Od 90. let do současnosti v naprosté většině států Latinské Ameriky a Karibiku úroveň úhrnné plodnosti klesla, a to podle odhadů ze 3 dětí na jednu ženu (1990–1995) na 2,2 dítěte na jednu ženu (2010–2015) (viz obrázek 1). V období 1990–1995 byla v sedmi státech zjištěna úhrnná plodnost vyšší než 4 děti na jednu ženu (jednalo se o státy Belize, Bolívie, Guatemala, Haiti, Honduras, Nikaragua, Paraguay) a z toho ve dvou státech, Guatemale a Haiti, přesahovala úhrnná plodnost hodnotu 5 dětí na jednu ženu. V letech 2000–2005 byla úhrnná plodnost přesahující hodnotu 4 dětí na jednu ženu zjištěna pouze ve třech státech, a to v Bolívii, Guatemale a Haiti. V současnosti, v období 2010–2015, již v žádném státě není úhrnná plodnost vyšší než 4 děti na jednu ženu a nejvíce dětí v přepočtu na jednu ženu se rodí v Guatemale (3,8), Bolívii (3,3), na Haiti (3,2) a ve státě Honduras (3).

**Obr. 1 – Úhrnná plodnost v Latinské Americe a Karibiku a v subregionech, 1990–1995, 2000–2005, 2010–2015**

Zdroj: UN, 2013f

Je pravděpodobné, že k poklesu přispěly do určité míry zásahy vlád, neboť ve více než polovině států se od 90. let uplatňovala politika regulující úroveň porodnosti. Většina vlád, které považovaly úroveň porodnosti daného státu za uspokojivou, příliš vysokou nebo příliš nízkou, uplatňovaly také určitou politiku k jejímu ovlivnění. V roce 1996 nijak neregulovalo úroveň porodnosti 14 z 33 latinskoamerických a karibských států, v roce 2005 to byl stejný počet (z toho se v 10 případech jednalo o stejné státy jako v roce 1996) a v roce 2013 klesl počet na 11 států.

**Tab. 7 – Počty států Latinské Ameriky a Karibiku podle proměnných týkajících se regulace úrovně porodnosti a odhadovaná hodnota úhrnné plodnosti za Latinskou Ameriku a Karibik**

	1996	2005	2013
Politika regulující úroveň porodnosti			
Bez zásahu	14	14	11
Snížit úroveň	18	13	11
Zvýšit úroveň	1	1	3
Udržet úroveň	.	5	8
Vnímání úrovně porodnosti			
Uspokojivá	14	19	.
Příliš vysoká	18	12	.
Příliš nízká	1	2	.
	1990–1995	2000–2005	2010–2015
Úhrnná plodnost	3,0	2,5	2,2

**Poznámky:** Jedná se o 33 států Latinské Ameriky a Karibiku, za které byly tyto údaje dostupné.

**Zdroj:** UN, 2013d; UN, 2013f

Mezi lety 1996 a 2005 také vzrostla spokojenost s úrovní porodnosti, což souvisí s poklesem počtu států, které uplatňovaly politiku určenou ke snížení úrovně. Naopak o zvýšení porodnosti v letech 1996 usiloval stát Uruguay, v roce 2005 Barbados a v roce 2013 se k těmto státům přidala ještě Kuba (viz tabulka 7).

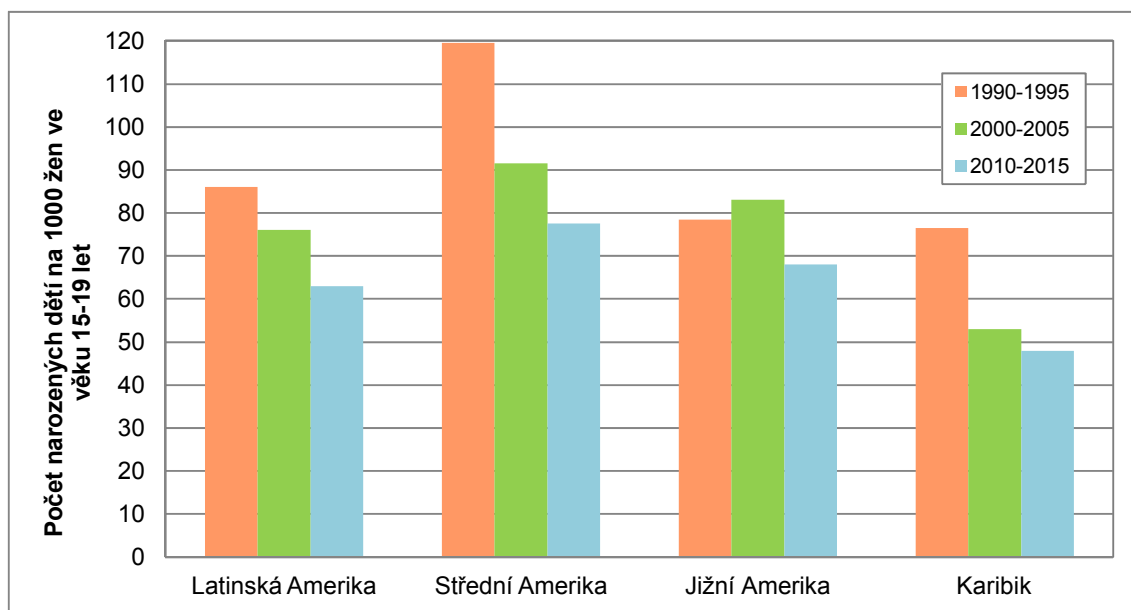
Ovšem vyskytly se i státy, které vnímaly úroveň porodnosti jako příliš vysokou a současně u nich nebyla zavedena regulující politika. Příkladem je středoamerický stát Belize, jehož politika začala zasahovat až v roce 2013, ačkoliv úroveň porodnosti byla považována za příliš vysokou. Hodnoty úhrnné plodnosti zde dosahovaly 4,3 v období 1990–1995, 3,4 v období 2000–2005 a 2,7 v období 2010–2015. Jiným příkladem může být jihoamerická země Paraguay, kde byla v polovině 90. let uspokojivá úroveň porodnosti a stát nijak nezasahoval (úhrnná plodnost činila 4,3 dítěte na jednu ženu v období 1990–1995). V roce 2005 stát úroveň porodnosti vnímal jako příliš vysokou (úhrnná plodnost činila 3,5 dítěte na jednu ženu v období 2000–2005), nicméně žádnou politikou nezasáhl. Až v roce 2013, podle výsledků šetření, zde byla zavedena regulující politika zaměřená na snížení úrovně porodnosti (úhrnná plodnost činila 2,9 dítěte na jednu ženu v období 2010–2015).

Pokud některý stát Latinské Ameriky a Karibiku uplatňoval politiku regulující úroveň porodnosti, jednalo se v převážné většině o politiku snižující tuto úroveň. Opatření určená ke snížení úrovně porodnosti znamenala včlenění programů plánovaného rodičovství a bezpečného mateřství do systému základní zdravotní péče. Taková vládní politika se zaměřila na zajišťování přístupu ke službám reprodukčního zdraví, podporování zodpovědnosti mužů v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví, zvyšování minimálního věku při sňatku, zlepšování vzdělání žen a pracovních příležitostí a poskytování levné, bezpečné a efektivní antikoncepce (UN, 2013e).

Rození dětí v příliš mladém věku je spojeno s nízkým vzděláním a chudobou. Časný rození zvyšuje riziko mateřské úmrtnosti a fyzického postižení, navíc děti narozené mladým matkám mají sklony k vyšší úrovni nemocnosti a úmrtnosti. Proto mnohé vlády vyjádřily obavy týkající se vysoké úrovně porodnosti adolescentů (UN, 2013e).

Ačkoliv byla míra plodnosti adolescentů nejvyšší v období 1990–1995 (viz obrázek 2), ne všechny státy Latinské Ameriky a Karibiku to považovaly za problém. Z celkového počtu 25 států, pro které jsou dostupné statistiky za rok 1996, jich 7 úroveň porodnosti adolescentů považovalo za malý nebo žádný problém. Zbylá většina zemí toto považovala za velký problém. Celkem 6 států v tomto období nepraktikovalo žádnou politiku na podporu snížení úrovně porodnosti dospívajících.

**Obr. 2 – Míra plodnosti adolescentů v Latinské Americe a Karibiku a v subregionech, 1990–1995, 2000–2005, 2010–2015**



**Poznámky:** Protože odhadované hodnoty míry plodnosti adolescentů nebyly k dispozici za požadované regiony, byly hodnoty ukazatele vypočteny jako medián z hodnot pro jednotlivé státy. Jedná se o 33 států Latinské Ameriky a Karibiku, za které byly tyto údaje dostupné.

**Zdroj:** UN, 2013d

V roce 2005 byla úroveň porodnosti adolescentů považována za malý problém pouze třemi státy (z celkového počtu 33 států), zbytek to považoval za problém velký. Podle toho byla také uplatňována politika regulující úroveň porodnosti dospívajících, a to ve všech státech (kromě Haiti a Paraguay, za které nejsou v tomto roce dostupná data). Nejnovější data z roku 2013 ukazují, že porodnost adolescentů byla považována za velký problém ve všech 33 státech. Stejně tak ve všech státech byla uplatňována i politika regulující porodnost adolescentů.

S postupným zaváděním vládních opatření ke snížení úrovně porodnosti adolescentů poklesly od 90. let do současnosti v Latinské Americe a Karibiku hodnoty míry plodnosti dospívajících. Stejný klesající trend byl pozorován i v subregionech Střední Amerika a Karibik. V Jižní Americe mezi obdobími 1990–1995 a 2000–2005 došlo naopak k nárůstu míry plodnosti adolescentů, za čímž stojí zvýšení hodnot ve třech zemích tohoto subregionu – v Brazílii, Kolumbii a Guyaně (UN, 2013d).

## **Kapitola 6**

### **Analytická část**

Analytická část práce je tvořena třemi hlavními kapitolami. První a nejdelší kapitola se zabývá rozdělením států do skupin pomocí shlukové analýzy a charakteristikou těchto skupin. Navíc jsou zde podrobněji rozebrány vybrané státy, z každé vzniklé skupiny jeden. Druhá kapitola je zaměřena na zhodnocení úrovně umělé potratovosti v Latinské Americe a Karibiku. Obsahem třetí části je korelační analýza, která zkoumá závislost jednak mezi proměnnými prevalence antikoncepce a úhrnná plodnost a jednak mezi proměnnými prevalence antikoncepce a přísnost zákonů týkajících se UPT.

#### **6.1 Ukazatele vstupující do shlukové analýzy**

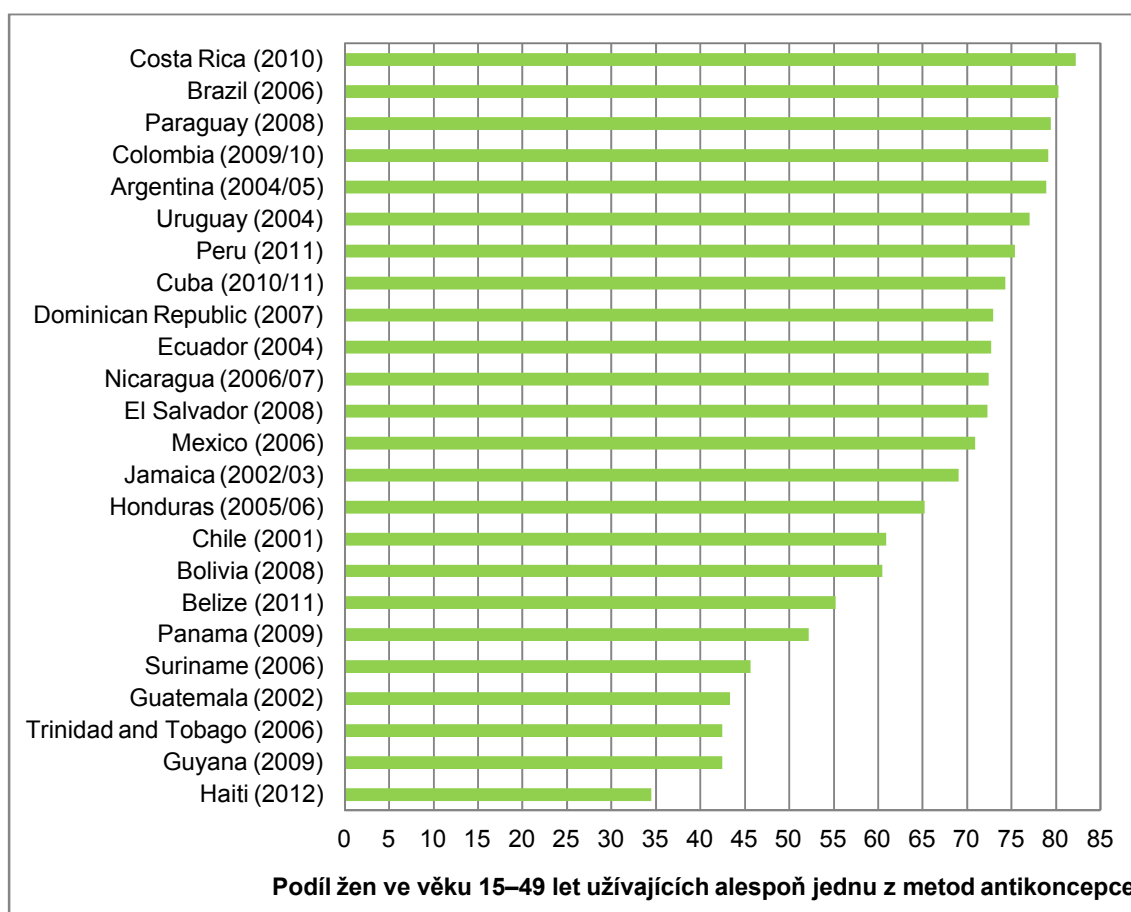
Tato kapitola charakterizuje všechny ukazatele, které následně vstupují do shlukové analýzy. Ukazatelů je celkem devět, z toho šest přímo vypovídá o úrovni reprodukčního zdraví, jeden vystihuje úroveň porodnosti a jeden vypovídá o ekonomické výkonnosti dané země. Do analýzy vstupuje celkem 24 států, za které byly k dispozici data pro všechny proměnné.

Ukazatel prevalence antikoncepce vypovídá o dostupnosti a rozšíření metod plánovaného rodičovství. Proměnné kojenecká úmrtnost, dětská úmrtnost a mateřská úmrtnost souvisejí s těhotenstvím, porodem a zdravím matky a dítěte po porodu. Úroveň prevalence HIV může být ovlivněna sociálními a ekonomickými podmínkami a některým sexuálním chováním, přičemž důležitou ochranou proti nákaze této sexuálně přenosné infekce je jedna z moderních antikoncepčních metod, tj. mužský kondom. Obecně lze říci, že s klesající plodností roste vzdělání žen, s čímž je spojeno snazší šíření myšlenek týkajících se rodičovství a antikoncepce (viz kapitola 3.1.2). Proto byla do analýzy zařazena také proměnná úhrnná plodnost. Dalším ukazatelem zařazeným do analýzy byla míra plodnosti adolescentů, tj. žen ve věku 15–19 let. Právě skupina adolescentů je jednou z těch, které mohou mít horší přístup ke službám sexuálního a reprodukčního zdraví, což se následně promítá do úrovně plodnosti této věkové skupiny. Posledním ukazatelem vstupujícím do analýzy byl ukazatel ekonomické výkonnosti státu a koupěschopnosti obyvatelstva, HDP na osobu v PPP v US \$.

*Prevalence všech metod antikoncepce*

Jedním z ukazatelů vstupujících do shlukové analýzy je prevalence antikoncepce. Tento ukazatel nerozlišuje metodu užívané antikoncepce, a zahrnuje tak všechny moderní a tradiční způsoby zabránění otěhotnění, přičemž žena používá alespoň jednu z metod. Hodnoty ukazatelů pocházejí z několika šetření, která proběhla v různých letech, a proto byla do analýzy zařazena nejaktuálnější data z období let 2001–2012. Z těchto hodnot lze vyčíst (viz obrázek 3), že ve 13 z 24 států ve sledovaném období byla zjištěna prevalence antikoncepce vyšší než 70 %. Úroveň prevalence antikoncepce 70 % v roce 2011 vykazovaly rozvinuté státy, naopak rozvojové státy vykazovaly hodnotu nižší, a to 62 %. Přestože lze region Latinské Ameriky a Karibiku podle klasifikace OSN zařadit mezi rozvojové regiony (všechny státy kromě Haiti, který patří mezi nejméně rozvinuté, jsou klasifikovány jako rozvojové), v případě ukazatele prevalence antikoncepce by mohla být oblast Latinské Ameriky a Karibiku zařazena do regionu rozvinutých států.

**Obr. 3 – Prevalence antikoncepce – všechny metody (v %) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2001–2012**



**Poznámky:** Všechny metody antikoncepce zahrnují *moderní metody*: ženská a mužská sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, IUD, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty, vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka a *tradiční metody*: periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá sexuální abstinence, kojení, výplach pochvy, metoda laktální amenorey.

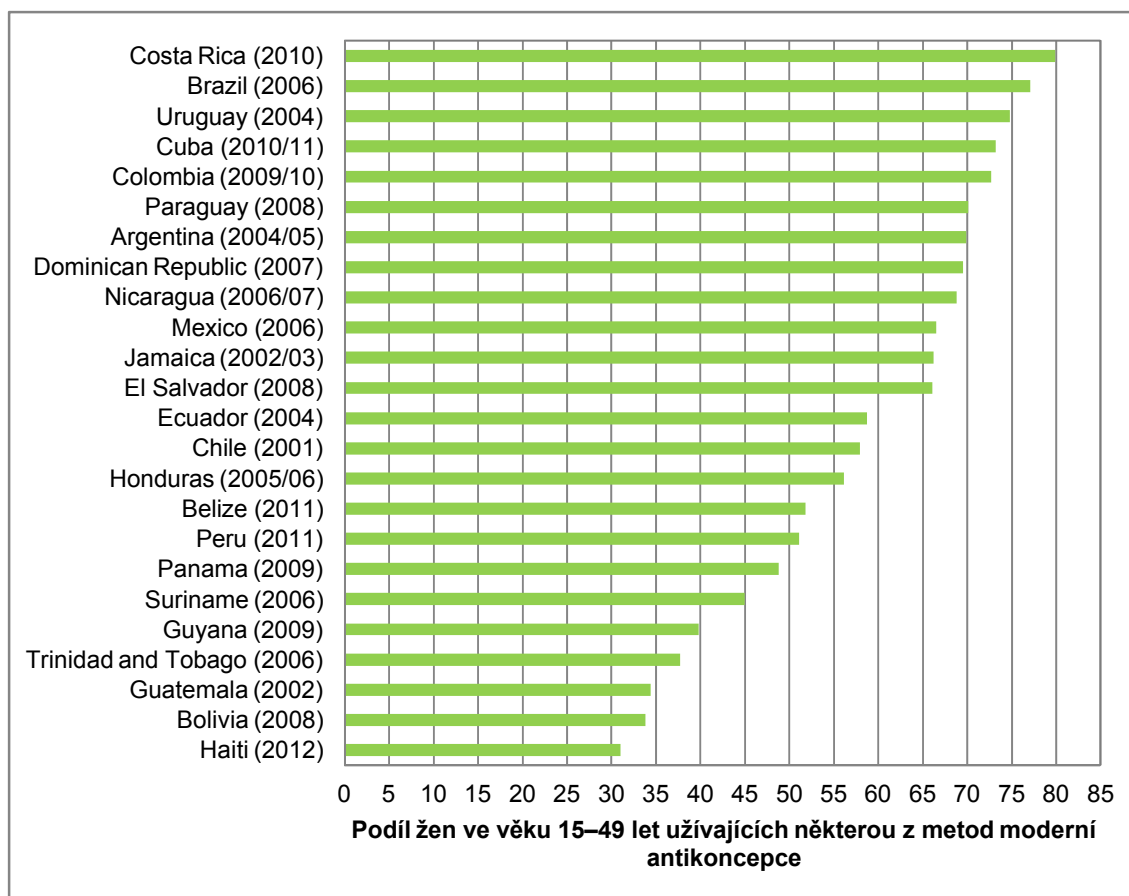
**Zdroj:** UN, 2013a

Nejvyšší úroveň prevalence antikoncepce bylo dosaženo ve státě Kostarika v roce 2010, a to 82,2 %. Nejčastěji užívané metody antikoncepce zde představovala ženská sterilizace (30 %) a perorální hormonální antikoncepce (21,3 %), čímž se země zařadila mezi státy s nejvyššími hodnotami prevalence těchto metod antikoncepce. Naopak nejnižší podíl žen užívajících některou z metod antikoncepce byl zjištěn na Haiti v roce 2012, kde nedosahoval ani 35 %. V regionu Latinské Ameriky a Karibiku velmi často používaná metoda ženské sterilizace (26,2 %, 2011) zde v roce 2012 tvořila pouze 1,5 %. Nejčastěji zde ženy užívaly metodu injekční antikoncepce (19,4 %, 2012). Ani tradiční metody zde nebyly příliš často používány k zabránění početí, byť o něco více než v Kostarice; prevalence tradičních metod antikoncepce tvořila na Haiti 3,5 %.

#### *Prevalence moderních metod antikoncepce*

Ukazatel prevalence moderních metod antikoncepce zahrnuje pouze ty metody antikoncepce, které se řadí mezi moderní. Zjišťování o užívání moderních metod zabránění početí více vypovídá o dostupnosti metod plánovaného rodičovství, neboť zde nejsou zahrnuty metody tradiční, jako například přerušovaný pohlavní styk či sexuální abstinence.

**Obr. 4 – Prevalence antikoncepce – moderní metody (v %) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2001–2012**



**Poznámky:** Moderní metody antikoncepce: ženská a mužská sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, IUD, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty, vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka.

**Zdroj:** UN, 2013a

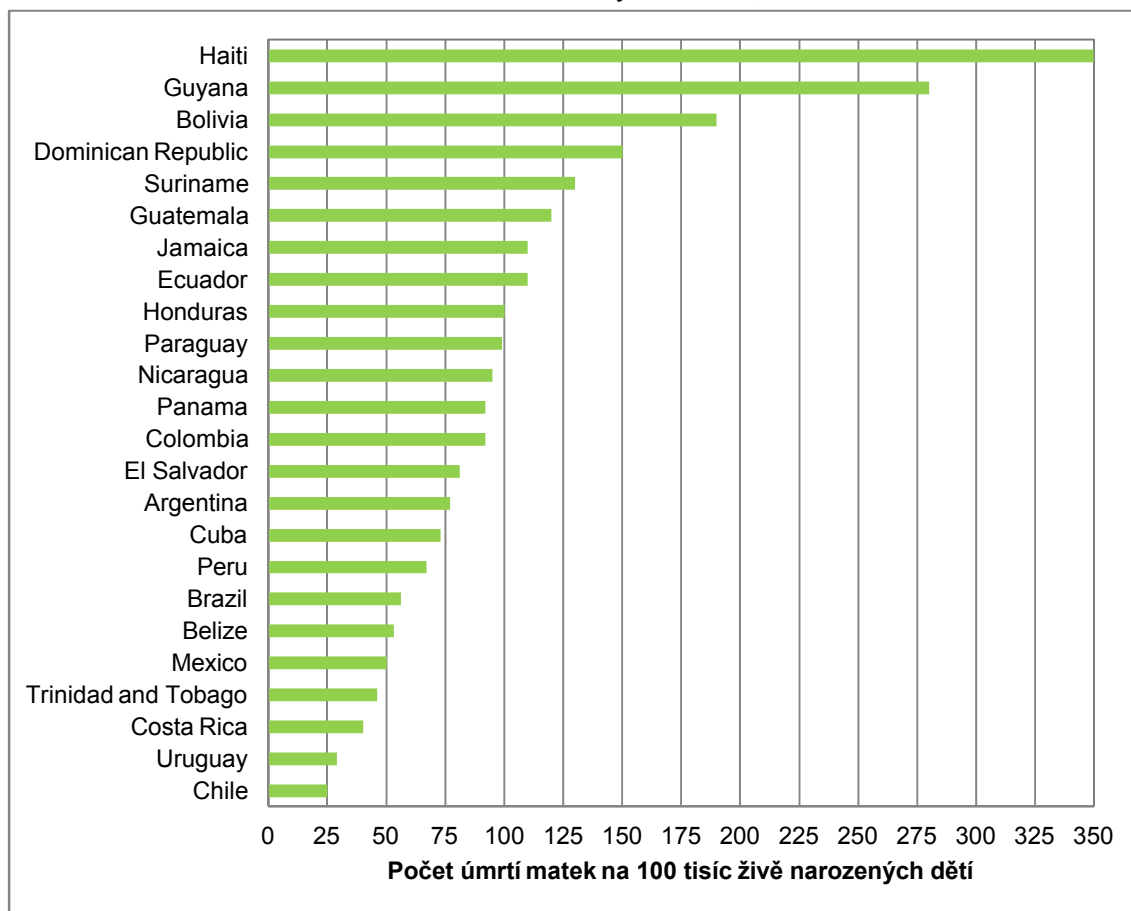


Nejvyšší a nejnižší hodnota prevalence moderních metod antikoncepce patřila stejným státům jako v případě všech metod antikoncepce (viz obrázek 4). Nicméně pořadí států mezi těmito dvěma extrémy se liší. Největší rozdíly lze pozorovat v případě Bolívie, kde byly moderní metody používány pouze z 56 %, zbytek připadal na tradiční metody; dále také v Peru, kde tento podíl tvořil 68 %.

#### *Mateřská úmrtnost*

Hodnoty ukazatele mateřské úmrtnosti se vztahují k období let 2010–2015 a ve vybraných státech Latinské Ameriky a Karibiku se pohybují v rozmezí 25 až 350 zemřelých matek na 100 tisíc živě narozených dětí. Méně než 100 zemřelých matek na 100 tisíc živě narozených dětí vykazovala většina států, a to 16 z 24 států. Hodnota mezi 100 a 150 byla zjištěna v pěti státech a ve státech Bolívie, Guyana a Haiti dosahoval počet zemřelých matek na 100 tisíc živě narozených dětí 190, 280 a 350.

**Obr. 5 – Mateřská úmrtnost ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015**



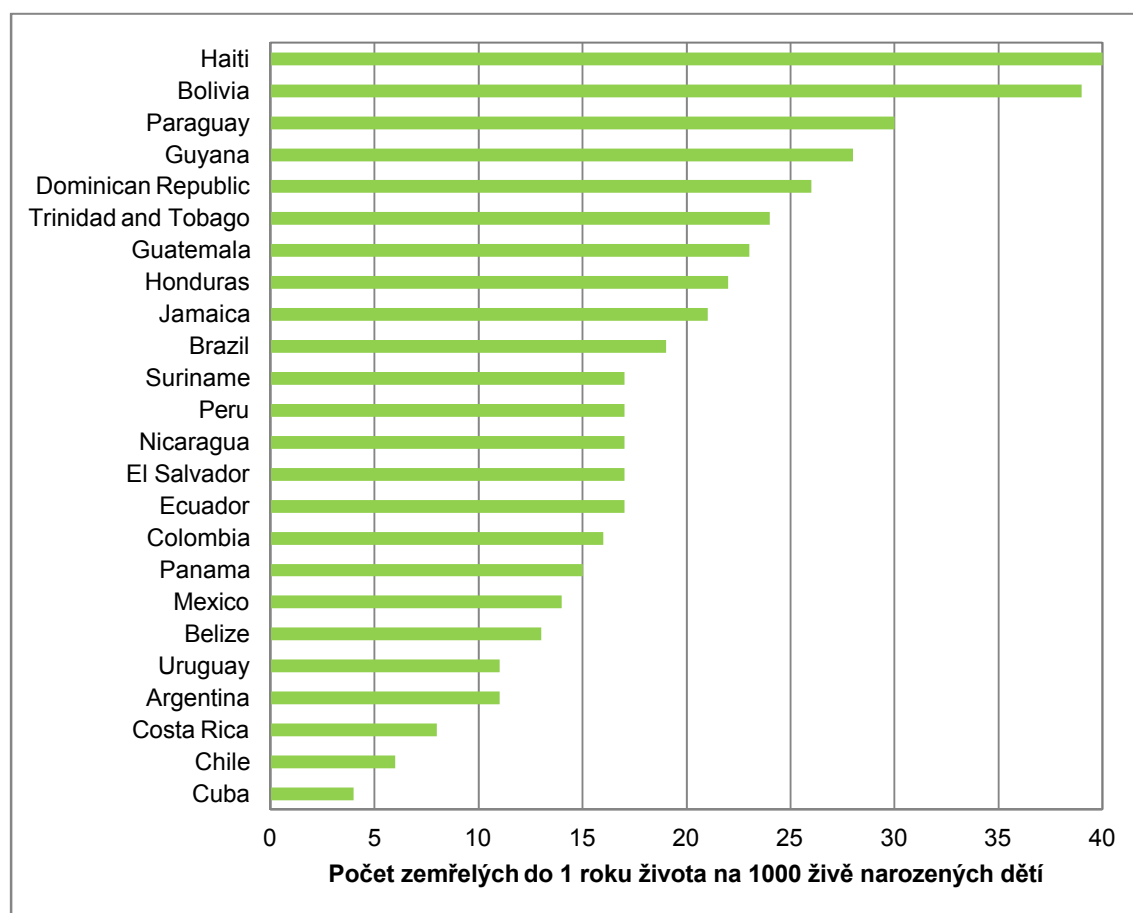
**Zdroj:** UN, 2013d

Nejnižší úroveň mateřské úmrtnosti vykazoval stát Chile. Ten patří v současnosti mezi státy s nejnižší mateřskou, ale i kojeneckou a dětskou úmrtností, což lze do značné míry přičítat souvislému a úspěšnému programu plánovaného rodičovství (Sanhueza, 2007). Tématu plánovaného rodičovství v Chile se podrobněji věnuje kapitola 6.2.1.

*Kojenecká úmrtnost*

Hodnoty ukazatele kojenecké úmrtnosti vztažené k období let 2010–2015 se pohybovaly v rozmezí od 4 do 40 zemřelých do 1 roku života na 1000 živě narozených. Nejnižší hodnota byla zjištěna ve státě Kuba, dále v Chile (6 ‰) a v Kostarice (8 ‰). Úroveň kojenecké úmrtnosti mezi 10 ‰ a 20 ‰ byla zjištěna ve 12 státech a úroveň mezi 20 ‰ a 30 ‰ v 9 státech. Pouze dva státy vykazovaly úroveň kojenecké úmrtnosti vyšší než 30 ‰ – Bolívie a Haiti.

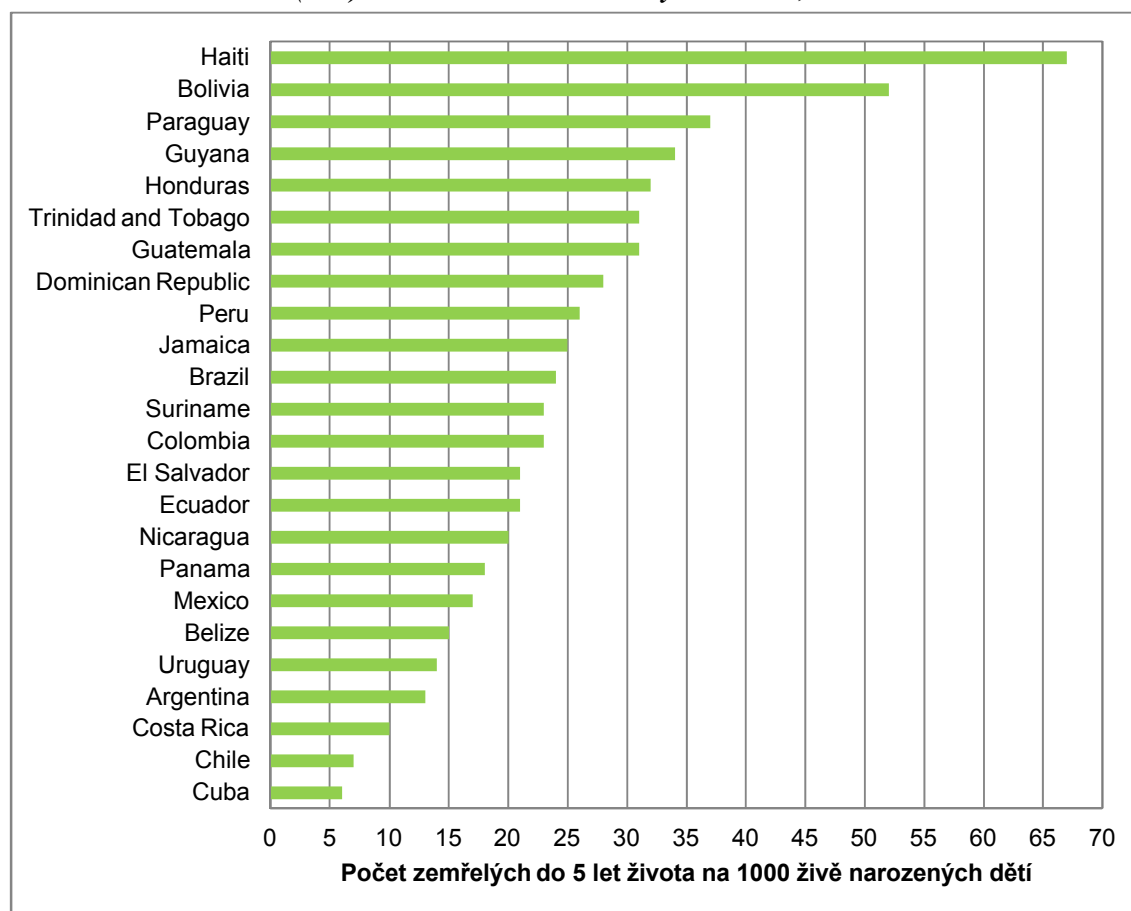
**Obr. 6 – Kojenecká úmrtnost (v ‰) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015**



**Zdroj:** UN, 2013d

*Dětská úmrtnost*

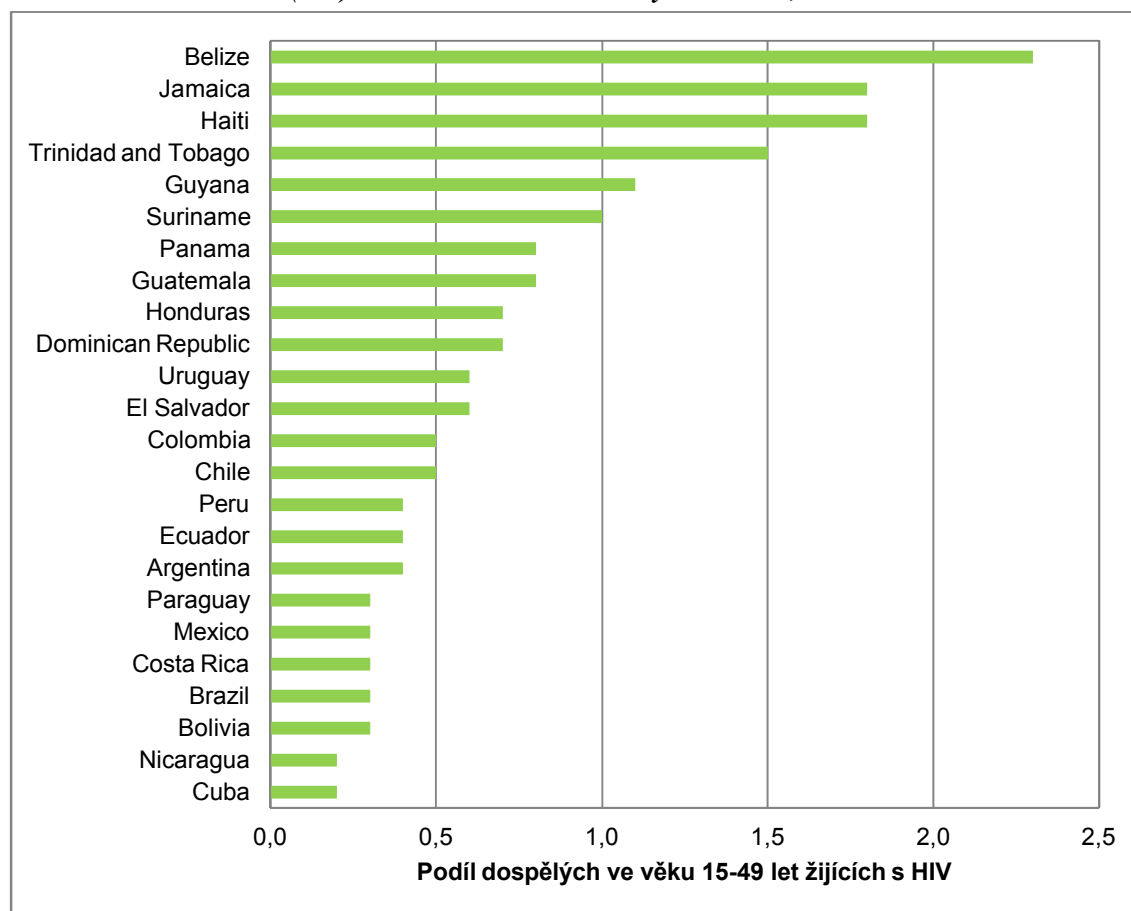
Hodnoty ukazatele dětské úmrtnosti se ve vybraných státech Latinské Ameriky a Karibiku pohybují v rozmezí 6 až 67 zemřelých do 5 let věku na 1000 živě narozených v období let 2010–2015. Téměř ve všech zemích nepřesahovala hodnota dětské úmrtnosti úroveň 40 ‰. Výjimku tvořily státy Bolívie a Haiti, kde byly stejně jako v případě kojenecké úmrtnosti zjištěny nejvyšší hodnoty – 52 ‰ a 67 ‰ v letech 2010–2015.

**Obr. 7 – Dětská úmrtnost (v ‰) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015**

Zdroj: UN, 2013d

*Prevalence HIV*

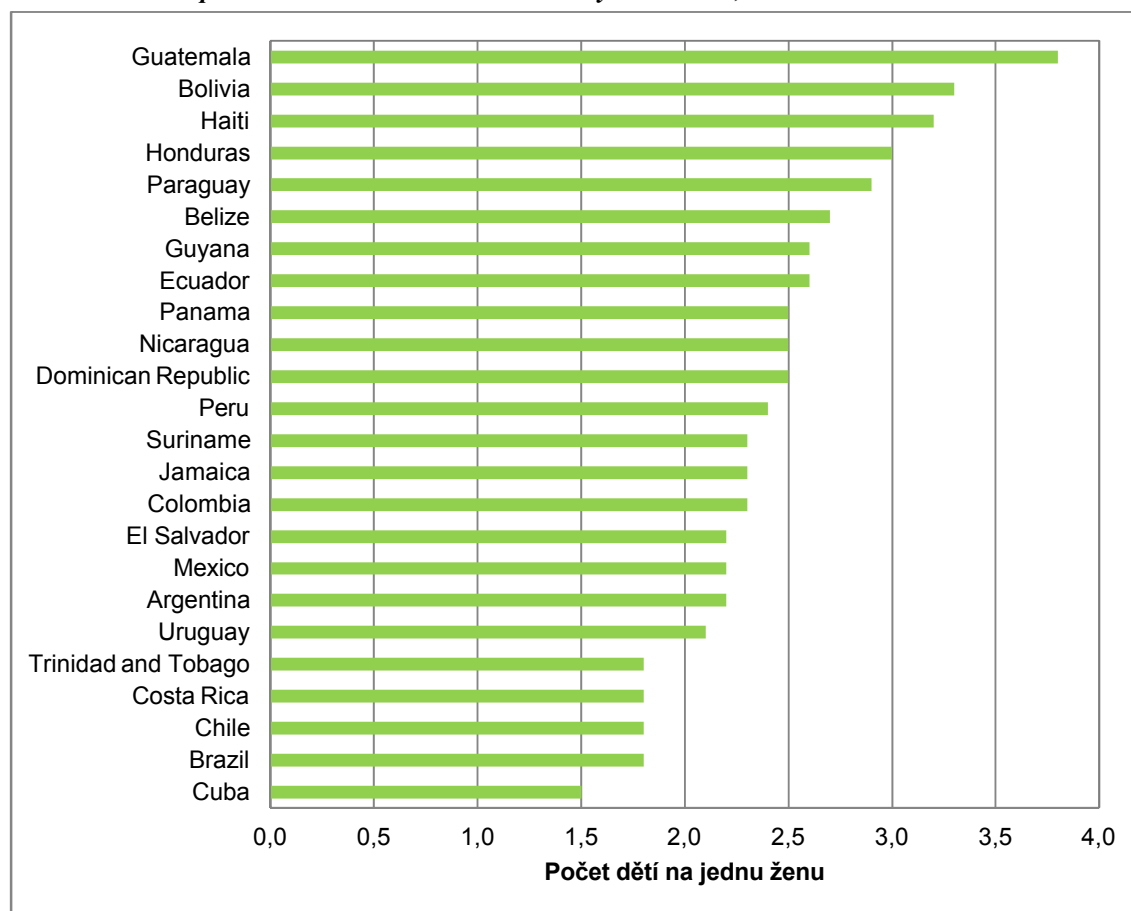
Prevalence HIV vyjadřuje podíl dospělých obyvatel ve věku 15–49 let nakažených virem HIV. Ve světě žilo v roce 2011 podle odhadů 0,8 % dospělých s HIV. V regionu Latinské Ameriky a Karibiku činila ve stejném roce odhadovaná hodnota prevalence HIV 0,4 % (UN, 2013f). Jak ukazuje obrázek 8, úroveň prevalence HIV se ve vybraných státech značně liší. Zatímco ve středoamerickém státě Belize dosahovala úroveň prevalence HIV 2,3 % v letech 2010–2015, ve státech Kuba a Nikaragua byla zjištěna hodnota téměř dvanáctkrát nižší. Nicméně podíl dospělých žijících s HIV roven nebo menší než 1 % vykazovaly všechny státy kromě pěti z 24 vybraných.

**Obr. 8 – Prevalence HIV (v %) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015**

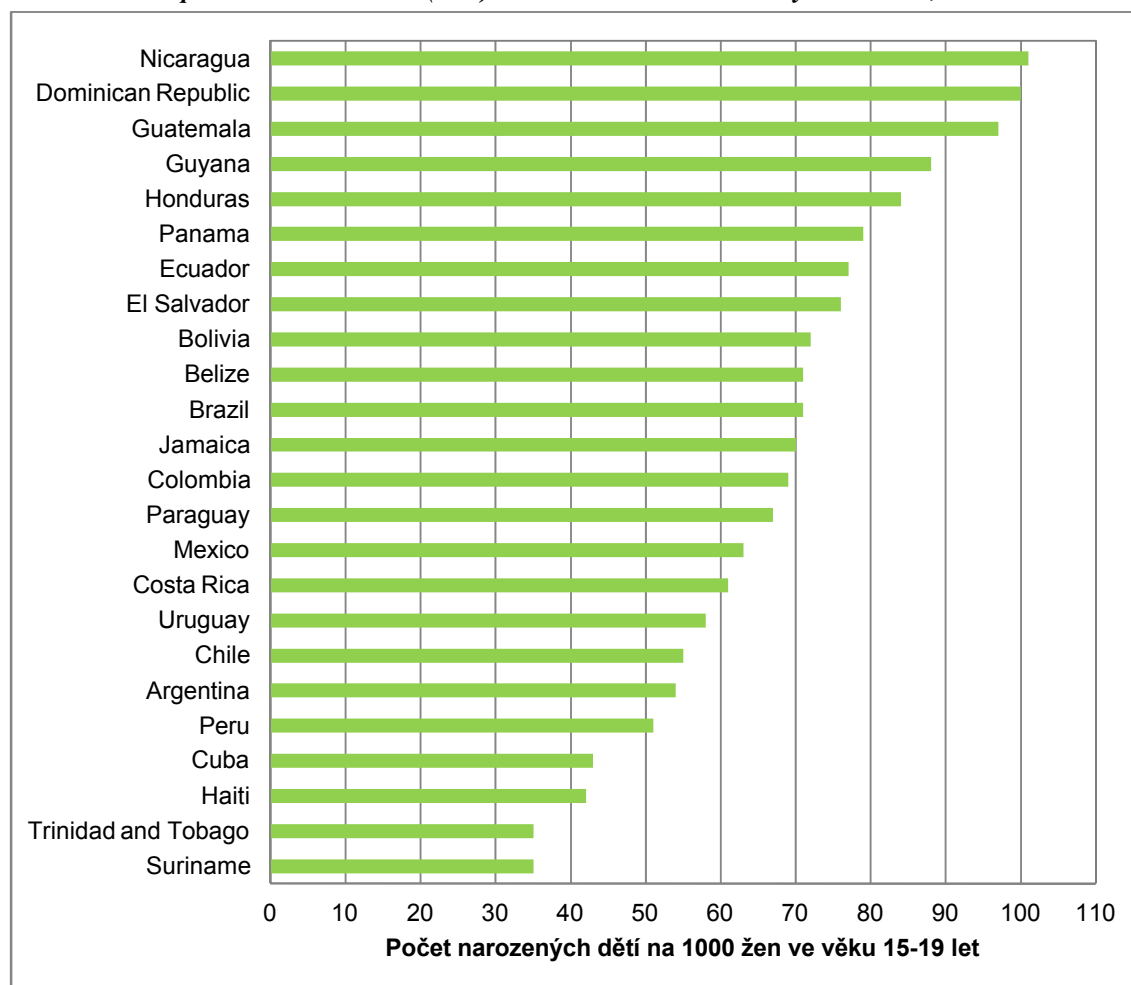
**Zdroj:** UN, 2013d

### Úhrnná plodnost

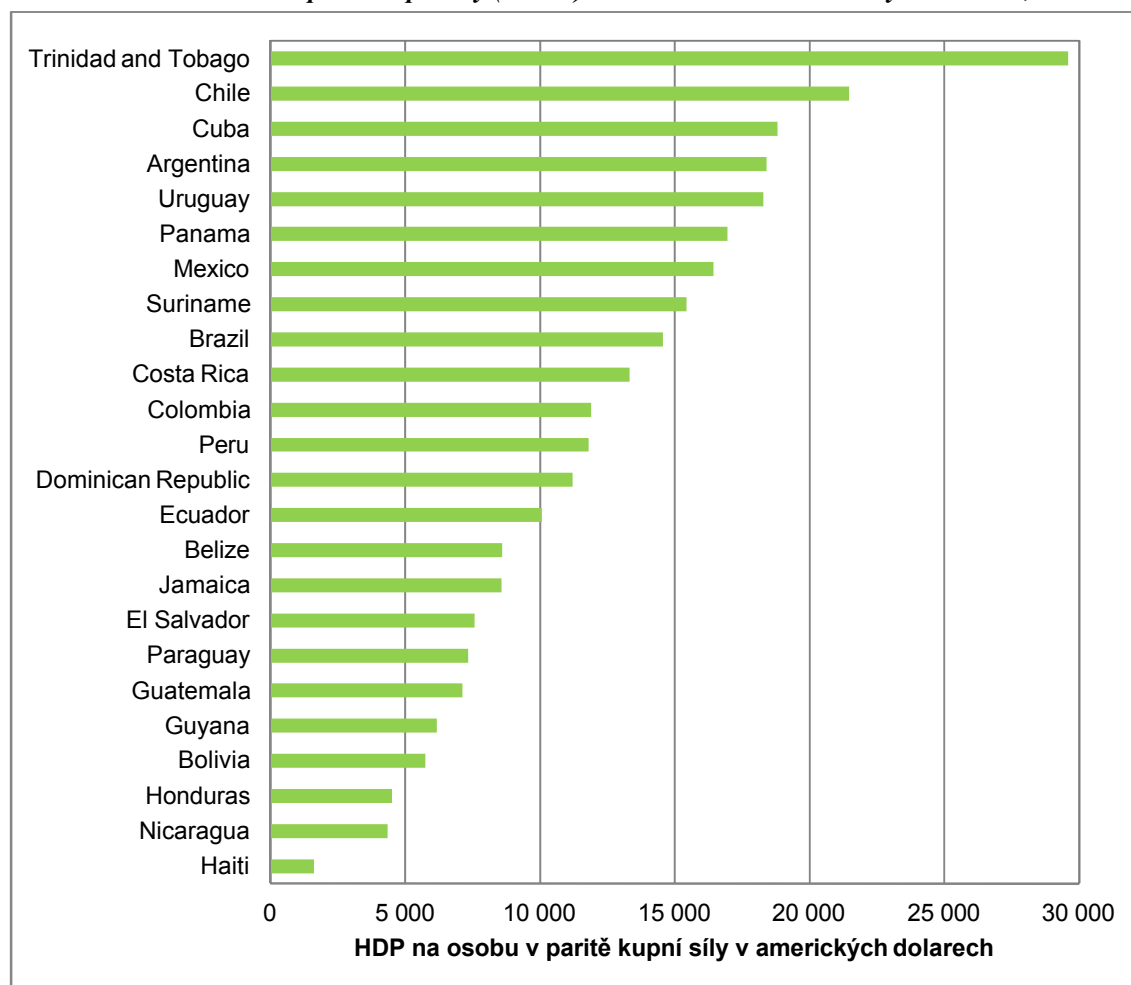
Odhadovaná hodnota úhrnné plodnosti v Latinské Americe v období 2010–2015 činila 2,18 dítěte na jednu ženu, což pro srovnání odpovídalo téměř shodné hodnotě zjištěné pro Asii (2,19 dítěte na jednu ženu) a o něco nižší hodnotě zjištěné pro svět (2,5 dítěte na jednu ženu) (UN, 2013f). V případě vybraných latinskoamerických států se počet dětí na jednu ženu pohyboval od 1,5 na Kubě do 3,8 v Guatemale. Pod hranicí prosté reprodukce 2,1 dítěte na jednu ženu se nacházelo pět států. Naopak 3 a více dětí na jednu ženu se rodilo ve čtyřech státech.

**Obr. 9 – Úhrnná plodnost ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015****Zdroj:** UN, 2013d*Míra plodnosti adolescentů*

Hodnoty ukazatele míry plodnosti adolescentů se pohybovaly od 35 ‰ ve státech Surinam a Trinidad a Tobago do 101 ‰ ve státě Nikaragua. Mezi státy s nejnižší úrovní míry plodnosti adolescentů patřilo i Haiti, což je zajímavé ve srovnání s ukazatelem úhrnné plodnosti, kde se Haiti řadí mezi státy s nejvyššími hodnotami. Celkem 19 z 24 zemí vykazovalo míry plodnosti adolescentů nižší než 80 ‰, ve 12 státech byla zjištěna nižší hodnota než 70 ‰, méně než 60 ‰ vykazovalo 8 států a hodnoty 4 států byly nižší než 50 ‰. Hodnota za region Latinské Ameriky a Karibiku činila 68 ‰ v roce 2012, což přesahovalo průměrnou hodnotu ve světě, tj. 45 ‰ (UN, 2013f).

**Obr. 10 – Míra plodnosti adolescentů (v ‰) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2010–2015****Zdroj:** UN, 2013d*HDP na osobu v paritě kupní síly v amerických dolarech*

Ukazatel HDP/osobu v PPP v US \$ je jediným ukazatelem vstupujícím do shlukové analýzy vyjadřujícím ekonomickou výkonnost daného státu a zároveň koupěschopnost obyvatel. Hodnoty tohoto indikátoru se v roce 2012 pohybovaly v rozmezí 1 602 US \$ až 29 594 US \$. Podle tohoto ukazatele byl nejméně výkonným stát Haiti následovaný středoamerickými státy Nikaragua a Honduras. Naopak ekonomicky nejvýkonnějším byl karibský stát Trinidad a Tobago, za ním pak Chile a Kuba (viz obrázek 11).

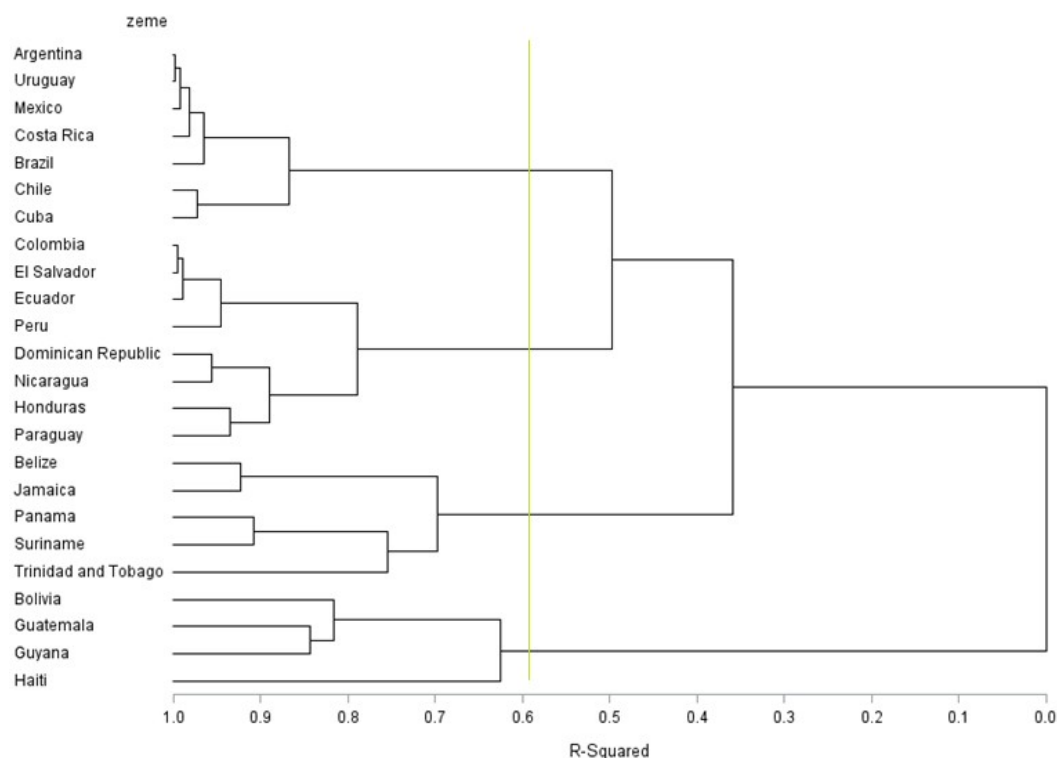
**Obr. 11 – HDP na osobu v paritě kupní síly (v US \$) ve státech Latinské Ameriky a Karibiku, 2012**

Zdroj: World Bank, 2014a

## 6.2 Shluková analýza

V této kapitole byly pomocí statistické metody shlukové analýzy identifikovány skupiny států, které se na základě výše popsaných devíti proměnných nejvíce podobají. Metoda shlukové analýzy je podrobněji vysvětlena v kapitole 4.3. Dále byly vzniklé skupiny podrobněji charakterizovány. V rámci každého subregionu byl zvolen jeden stát, kde byla popsána situace v oblasti reprodukčního zdraví.

**Obr. 12 – Dendrogram vycházející ze shlukové analýzy vybraných ukazatelů reprodukčního zdraví, úrovně porodnosti a ekonomické výkonnosti, země Latinské Ameriky a Karibiku, období let 2001–2015**



**Poznámky:** Dendrogram byl vytvořen v softwaru SAS 9.3; Svislá čára naznačuje rozdělení do čtyř skupin.

**Zdroj:** World Bank, 2014a, UN, 2013d, UN, 2013a; vlastní výpočty

Zvolenou metodou shlukové analýzy byly vytvořeny čtyři skupiny zemí z celkového počtu 24 států. Posloupnost shlukování a konečný počet a složení skupin zachycuje dendrogram v obrázku 12. Pro jasnější a přehlednější identifikaci skupin byly vypočteny průměrné hodnoty ukazatelů ve všech čtyřech skupinách (viz tabulka 8).

**Tab. 8 – Průměrné hodnoty ukazatelů vstupujících do shlukové analýzy v jednotlivých skupinách**

Ukazatel	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3	Skupina 4
Prevalence všech antikoncepčních metod	74,9	73,7	52,9	45,2
Prevalence moderních antikoncepčních metod	71,3	64,1	49,9	34,8
Mateřská úmrtnost	50,0	99,3	86,2	235,0
Kojenecká úmrtnost	10,4	20,3	18,0	32,5
Dětská úmrtnost	13,0	26,0	22,4	46,0
Prevalence HIV	0,4	0,5	1,5	1,0
Úhrnná plodnost	1,9	2,6	2,3	3,2
Míra plodnosti adolescentů	57,9	78,1	58,0	74,8
HDP na osobu v PPP v US \$	17 320,1	8 590,5	15 826,9	5 155,6

**Poznámky:** Skupina 1: Argentina, Uruguay, Mexiko, Kostarika, Brazílie, Chile, Kuba;

Skupina 2: Kolumbie, El Salvador, Ekvádor, Peru, Dominikánská republika, Nikaragua, Honduras, Paraguay;

Skupina 3: Belize, Jamajka, Panama, Surinam, Trinidad and Tobago;

Skupina 4: Bolívie, Guatemala, Guyana, Haiti.

**Zdroj:** World Bank, 2014a, UN, 2013d, UN, 2013a; vlastní výpočty



### 6.2.1 První skupina a Chile

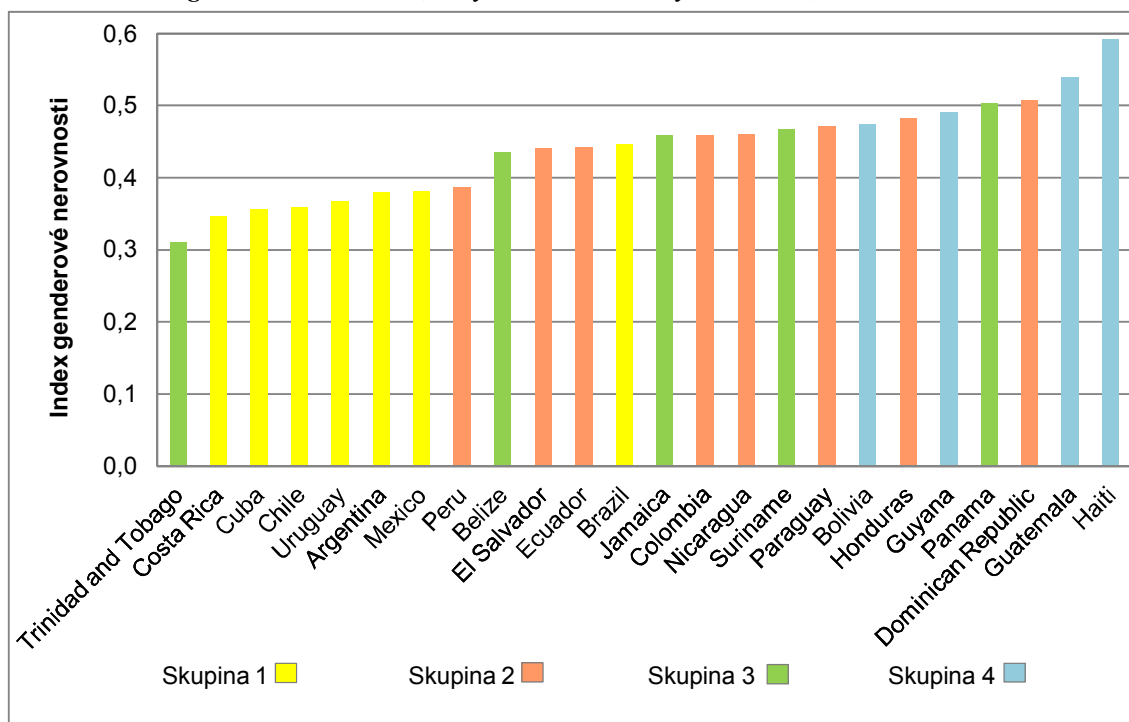
První skupinu tvoří sedm států: Argentina, Uruguay, Mexiko, Kostarika, Brazílie, Chile a Kuba. Argentina, Brazílie, Chile a Uruguay se nachází v Jižní Americe, Mexiko a Kostarika ve Střední Americe a ostrovní stát Kuba v Karibiku.

Tato skupina je charakteristická nejvyšší úrovní prevalence antikoncepce (jak v případě všech metod, tak i moderních metod antikoncepce). Dále tato skupina jako celek vykazuje nejnížší úroveň mateřské, kojenecké i dětské úmrtnosti a také nejnížší úroveň prevalence HIV. Průměrná hodnota ukazatele úhrnné plodnosti je zde také ve srovnání s ostatními skupinami nejnížší. Totéž platí i pro míru plodnosti adolescentů, ačkoli v porovnání s třetí skupinou se průměrná hodnota tohoto ukazatele liší pouze o jednu desetinu. Pro první skupinu je také typické nejvyšší HDP/osobu v PPP v US \$.

Na základě teoretických poznatků z kapitoly 3.1.2 lze takto seskupené státy označit za subregion, kde je v porovnání s ostatními skupinami reprodukční zdraví obyvatel na nejvyšší úrovni. Vysoká úroveň prevalence antikoncepce, vypovídající o dostupnosti a rozšíření metod zabráňujícím otěhotnění, dokládá toto tvrzení. Nicméně nejen vysoká prevalence antikoncepce, ale také nízká úroveň ukazatelů souvisejících s těhotenstvím, porodem a zdravím matky a dítěte po porodu a nízká úroveň ukazatelů souvisejících se sexuálně přenosnými nemocemi ukazuje, že v těchto zemích je poskytována poměrně kvalitní péče v oblasti sexuálně reprodukčního zdraví.

Podle informací získaných z dokumentu WHO Strategie v oblasti reprodukčního zdraví uvedených v teoretické části práce (viz kapitola 3.1.2), je za jednu z největších překážek k rovnému přístupu ke zdravotním službám považována nerovnost mezi pohlavími.

**Obr. 13 – Index genderové nerovnosti, státy Latinské Ameriky a Karibiku, 2012**



**Poznámky:** Pojem genderová nerovnost vyjadřuje nerovnost mezi pohlavími v různých oblastech, např. v oblasti zdraví, vzdělání, politické reprezentace, na trhu práce apod.

**Zdroj:** UNDP, 2014

K posouzení, do jaké míry platí toto tvrzení v případě vytvořených skupin zemí Latinské Ameriky a Karibiku, lze použít tzv. index genderové nerovnosti, což je ukazatel reflektující nerovnou situaci žen v jednotlivých zemích na základě tří aspektů: zdravotní stav vhodný k reprodukci, „empowerment“ (pod tímto pojmem rozumějme „zmocnění/udělení/přístup k moci“) a pracovní příležitosti (podrobněji viz kapitola 4.2.4).

V obrázku 13 jsou zanesené hodnoty indexu genderové nerovnosti, kde je zřetelně vidět, že jedny z nejnižších hodnot patří zemím z první skupiny, kde v šesti ze sedmi zemí této skupiny byla zjištěna hodnota indexu v rozmezí 0,35–0,38. Na druhé straně jedny z nejvyšších hodnot ukazatele nerovnosti mezi pohlavími vykazují státy sdružené ve čtvrté skupině, která je charakteristická nejhorší úrovní reprodukčního zdraví ze všech skupin.

### *Chile*

Chile je jihoamerickou zemí s přibližně 17,6 miliony obyvatel (UN, 2013d). Je příkladem země, ve které byly programy plánovaného rodičovství úspěšné. V současnosti má Chile jedny z nejlepších ukazatelů v rámci Latinské Ameriky a Karibiku pokud jde o mateřskou, kojeneckou a dětskou úmrtnost, což lze do značné míry přičítat právě souvislému a úspěšnému PR. Je zemí s druhou nejnižší kojeneckou a dětskou úmrtností (6 ‰ a 7 ‰ v období 2010–2015), nižší hodnoty byly zjištěny pouze na Kubě. A po Grenadě (která není zahrnuta do analytické části, ale jsou k ní dostupná data) má Chile také druhou nejnižší mateřskou úmrtnost (UN, 2013d).

Od 50. let minulého století chilské představitele veřejného zdraví znepokojovala vysoká úroveň mateřské a kojenecké úmrtnosti a nemocnosti. Jedním z motivačních faktorů vedoucích k vytvoření Národní zdravotní služby (National Health Service, tj. NHS) v roce 1952 byla snaha o zlepšení pokrytí celé populace vhodným zdravotním systémem, který by mimo jiné zajistil dobrou porodní péči. Avšak o deset let později zůstávala mateřská úmrtnost stále vysoká, a to 280 zemřelých matek na 100 tisíc živě narozených dětí (Sanhueza, 2007 dle Avendano, 1975). V té době bylo také jasné, že úroveň interrupcí, které byly ilegální tehdy a zůstávají i dnes, je nadále vysoká. Dalším problémem byla kojenecká úmrtnost dosahující od poloviny 50. let více než 100 zemřelých na 1000 živě narozených (Sanhueza, 2007 dle Avendano, 1975).

V roce 1962 Chile navštívila Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (First International Planned Parenthood Federation, tj. IPPF), což mimo jiné povzbudilo již motivované skupiny lékařů k pokračování v rozšiřování již existujících aktivit v oblasti plánovaného rodičovství. Ve stejném roce byl také založený Chilský výbor na ochranu rodiny, z něhož se později utvořila soukromá nezisková organizace Chilská asociace na ochranu rodiny (Asociación Chilena de Protección de la Familia, tj. APROFA), která se stala přidruženou organizací IPPF. V Chile poskytovala APROFA podporu programů plánovaného rodičovství po více než 40 let. Od roku 1963 začala IPPF dávat finanční a materiální pomoc chilským organizacím a přispívala tak k dalšímu rozšiřování vzdělání a služeb v oblasti PR (Sanhueza, 2007).

Toto se dělo v zemi převážně katolické a za vlády pravicové konzervativní strany, což je při všech náboženstvím vytvářených tabu a přísných omezeních týkajících se sexuality pozoruhodné. Přestože encyklika *Humanae Vitae* vydaná papežem Pavlem VI. ve Vatikánu

v roce 1968 odmítala použití jakýchkoli umělých prostředků antikoncepce, postoj převážné většiny obyvatelstva Chile se nezměnil. Lidé i nadále používali moderní a efektivní metody PR, doplněné o umělý potrat, protože ho potřebovali.

V roce 1964 byla zvolena nová vláda, která měla silné vazby na katolickou církev. Vzhledem k tradiční opozici církve vůči umělé antikoncepci by se dal očekávat odpor ve vztahu k plánovanému rodičovství. Ve skutečnosti však naopak NHS přijala první vládní politiku plánovaného rodičovství, jejímž cílem bylo snížit rizika spojená s UPT prováděnými za špatných podmínek a respektování etiky a důstojnosti jednotlivce. Následně NHS oficiálně začala poskytovat PR prostřednictvím zdravotnického programu pro matky a děti, jehož největší důraz byl kladen na snižování mateřské a dětské úmrtnosti a podporu odpovědného rodičovství. V roce 1967 se APROFA po dohodě s IPPF zasloužila o zorganizování 8. mezinárodní konference plánovaného rodičovství v Chile, což sdružení velmi zviditelnilo a posílilo její vliv v zemi. Navíc byla tato událost rozhodující v určení budoucího charakteru PR v zemi. Konference prosazovala dva hlavní koncepty IPPF, z nichž jeden říkal, že plánované rodičovství je základním lidským právem (Sanhueza, 2007).

Za socialistického režimu po volbách v roce 1970 představilo Ministerstvo zdravotnictví koncept integrované zdravotní péče pro ženy včetně PR jako nedílné součásti. Vládní programy měly ženám poskytovat preventivní a léčebnou péči po celý život počínaje dospíváním. V té době byla také nastavena omezení na zavedení nových metod antikoncepce, což znamenalo, že mohly být používány pouze metody schválené U. S. Food and Drug Administration. V roce 1973 se uskutečnil krvavý vojenský převrat následovaný represivní a dlouho vojenskou diktaturou Augusta Pinocheta. Za Pinochetovy vlády byla vedena krátká pronatalitní kampaň (1978–79) bránící používání antikoncepce. Na krátkou dobu se tak zvýšila úroveň porodnosti. V roce 1989 nový zákon dále omezil přístup k legálnímu UPT (Sanhueza, 2007).

Od 60. do 80. let, kdy Chile udělalo první kroky v oblasti plánovaného rodičovství, se NHS a další zdravotnické instituce snažily i přes různé změny ve vládě poskytovat své služby. To dokazuje jistý závazek vůči problému a institucionální zralost a stabilitu. Nicméně existují i určité nedostatky chilských programů PR. Jedním z nich je například vyloučení důležitých skupin obyvatelstva, jako jsou dospívající a muži, neboť služby PR poskytované v rámci zdravotnického programu NHS byly výhradně zaměřeny na matky a děti. Ke službám PR se nejnáze dostaly ženy, které již otěhotněly, a to platilo dokonce i pro adolescenty. Možná, že kdyby se efektivní sexuální výchova a program PR zaměřil na dospívající ještě před tím, než se stali sexuálně aktivní, pozitivně by to ovlivnilo vysoký počet těhotenství a dětí narozených mimo manželství. Do 80. let totiž více než polovina narozených dětí ženám do 20 let rodila mimo manželství (Sanhueza, 2007 dle Viel, Campos, 1987). Porodnost klesla méně u dospívajících než u zbytku populace a do roku 2000 tvořily narození adolescentům 16,2 % z celkového počtu narozených dětí (Sanhueza, 2007 dle Ministry of Health, 2006). V polovině 90. let dosahovala míra plodnosti adolescentů téměř 70 %.

I přes některé nedostatky udělala Chile společným úsilím v boji proti chudobě v tomto směru pokrok. Od konce vojenské diktatury v roce 1990 díky svobodě projevu a politickému

rozhodování se významně posunula dopředu a díky dobrému finančnímu řízení je Chile v současnosti snad nejvíce solventní zemí v Latinské Americe (Sanhueza, 2007).

### 6.2.2 Druhá skupina a Peru

Do druhé, nejpočetnější skupiny, patří osm států, a to Kolumbie, El Salvador, Ekvádor, Peru, Dominikánská republika, Nikaragua, Honduras a Paraguay. Kolumbie, Ekvádor, Paraguay a Peru leží v Jižní Americe, El Salvador, Nikaragua a Honduras ve Střední Americe a Dominikánská republika v Karibiku.

Státy této skupiny vykazovaly jedny z nejvyšších hodnot prevalence antikoncepce, stejně jako prevalence moderní antikoncepce. Ovšem průměrné hodnoty mateřské úmrtnosti, kojenecké úmrtnosti i dětské úmrtnosti byly v této skupině zjištěny druhé nejvyšší. V případě ukazatele prevalence HIV se jedná o druhou nejnižší úroveň. V průměru vysoká úroveň úhrnné plodnosti, kdy žádný ze států nevykazoval hodnotu menší než dvě děti na jednu ženu, je také typická pro danou skupinu. Určující je zde také zcela nejvyšší průměrná hodnota míry plodnosti adolescentů. Ukazatel HDP/osobu v PPP v US \$ seskupuje státy, kde jsou jeho hodnoty poměrně nízké.

#### *Peru*

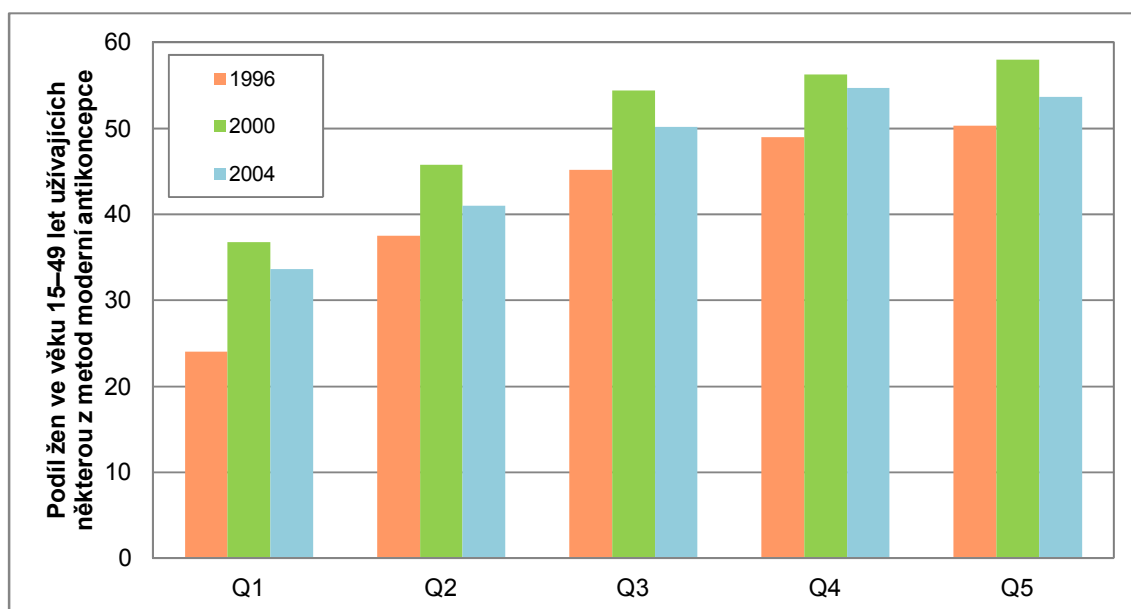
Peru je příkladem země, ve které dobře míněná politika může mít nepříznivý dopad na skupinu lidí, pro kterou je určena. V roce 1983 začalo Ministerstvo zdravotnictví poskytovat služby PR prostřednictvím vertikálního programu. V roce 1985 byla zavedena Národní populační politika, která měla za cíl poskytovat jedincům a párům informace, zdravotní služby a antikoncepci s výjimkou dobrovolné sterilizace. V rámci prvního Národního programu pro plánování rodiny (1987–1990) Ministerstvo zdravotnictví zkoordinovalo veřejný a soukromý sektor plánovaného rodičovství a stanovilo cíle pro snížení porodnosti a cíle pro zvýšení používání antikoncepce. Realizace programu začala v roce 1988, a i přes politickou podporu čelila mnoha výzvám, včetně národní hospodářské krize, reorganizace veřejného sektoru a omezené kapacity poskytování služeb Ministerstva zdravotnictví. Z těchto důvodů neproběhla s tak širokým záběrem a rychlostí, jak se očekávalo. Navzdory omezení programu to přispělo k podstatnému snížení úrovně úhrnné plodnosti v zemi ze 4,1 dítěte na jednu ženu v roce 1986 na 3,5 v roce 1991, což bylo pravděpodobně v důsledku zvýšené dostupnosti antikoncepčních prostředků, zejména ve venkovských oblastech. Následoval druhý Národní program pro plánování rodiny (1991–1995), který se nadále soustředil na rozšíření poskytování služeb v zaostalých a převážně venkovských oblastech. V té době vláda zaplatila 20 % nákladů programu a dárci 80 % (Gribble aj., 2007 dle Angeles aj., 2005).

Na začátku 90. let většina zařízení Ministerstva zdravotnictví účtovala za služby a produkty PR klientům v městských oblastech, zatímco pro chudé obyvatele žijící na venkově bylo PR bezplatné. Politika Ministerstva zdravotnictví zaměřená na bezplatné služby pro chudé na venkově a vybírání poplatků v městských oblastech dávala příležitost komerčním poskytovatelům PR. Ženy, které si to mohly finančně dovolit, tak měly možnost vybírat si

z mnoha nabídek komerčních poskytovatelů a zároveň nevyužívat nabídek Ministerstva zdravotnictví (Gribble aj., 2007).

Ovšem v roce 1995 zavedlo Ministerstvo zdravotnictví politiku poskytování produktů a služeb PR zdarma pro všechny. Dárci poskytovali Ministerstvu zdravotnictví veškerou antikoncepci, technickou pomoc, vzdělání a další součásti programu. Ministerstvo zdravotnictví také mezi lety 1995 a 2000 rozšířilo počet míst ve zdravotnictví o 50 % a byla zlegalizována ženské sterilizace, což zvýšilo přístup k této metodě (Gribble aj., 2007 dle Leon, 1999). Zavedení poskytování antikoncepce zdarma pro všechny nepochybně přispělo ke zvýšení prevalence moderní antikoncepce ze 41 % na 50 % mezi lety 1996 a 2000; u nejchudších obyvatel vzrostl podíl z 24 % na 37 % (viz obrázek 14).

**Obr. 14 – Prevalence moderních metod antikoncepce (v %) podle bohatství, Peru, 1996, 2000 a 2004**



**Poznámky:** Q1–Q5 označuje pět skupin (kvintilů) obyvatel rozdělených podle bohatství od Q1 = nejchudší po Q5 = nejbohatší. K rozdělení podle bohatství slouží tzv. index bohatství, což je ukazatel složený z kumulovaných standardů životní úrovně domácností. Index bohatství se počítá ze snadno shromažditelných dat týkajících se majetku domácnosti, jako je například televize či jízdní kolo, dále se zjišťuje materiál, který byl použit k bytové výstavbě, a dále způsoby přístupu k vodě a typy hygienických zařízení. Všechny domácnosti, které se zúčastnily šetření, jsou na základě indexu bohatství rozděleny do pěti kvintilů.

**Zdroj:** WHO, 2013

V té době dárci začali omezovat dodávky zboží a vláda byla nucena vyčlenit si prostředky pro PR a začít nakupovat antikoncepci ve zvýšeném množství. Mezi lety 1992 a 2000 tak převzal veřejný sektor dominantní roli na trhu PR a soukromí poskytovatelé nebyli schopni soutěžit s takovým rozšířeným poskytováním bezplatných nebo vysoce dotovaných výrobků a služeb. To vedlo k tomu, že původní odběratelé produktů ze soukromého sektoru přešli k výrobkům poskytovaným zdarma v zařízeních Ministerstva zdravotnictví. Dokazuje to i fakt, že od roku 1996 do roku 2000 podíl klientů Ministerstva zdravotnictví tvořený ženami ze třech horních socioekonomických kvintilů vzrostl ze 46 % na 53 %, zatímco podíl žen ze dvou nižších kvintilů klesl z 54 % na 47 %. Jinými slovy, ženy schopné platit využívaly veřejné dotace (Gribble aj., 2007).

Mezi lety 2000 a 2003 někteří vládní úředníci a významné osobnosti v Ministerstvu zdravotnictví odporující PR z morálních důvodů zavedli v Peru opatření, aby omezili přístup k produktům, službám a informacím PR. Opatření zahrnovala veřejné zpochybňování bezpečnosti kondomů a IUD, blokování distribuce zboží a navrhování změn zákona ve zdravotnictví, který by omezil přístup k PR. Ačkoli úsilí o změnu politik nebylo úspěšné, ovlivnilo reformu zdravotnictví a způsob, jakým Ministerstvo zdravotnictví řídilo a poskytovalo služby PR.

Vláda v roce 2001 namísto vertikálně řízeného programu PR zkombovala 14 národních zdravotnických programů v jednotný model, decentralizovala řídicí funkce na regionální úroveň a snížila stavy zaměstnanců na odděleních Ministerstva zdravotnictví. Na centrální úrovni tak Ministerstvo zdravotnictví ztratilo své základní odborné znalosti v oblasti PR, schopnost plánovat, sledovat a kontrolovat služby PR. Změna modelu vytvořila překážky zákazníkům, například v podobě nedostatku vzdělávacích materiálů či dlouhé čekací doby. Dárci neustále snižovali dodávání produktů peruánské vládě, která toto klesající financování nebyla schopná kompenzovat. Ministerstvo zdravotnictví neuspokojovalo poptávku po antikoncepci a mezi lety 2002 a 2004 došlo k úplnému vyčerpání zásob. Prevalence moderní antikoncepce klesla na 47 % v roce 2004, což byl pravděpodobně výsledek úplného vyčerpání zásob a oslabeného programu PR. Mezi lety 2000 a 2004 byl pokles patrný u všech socioekonomických skupin obyvatelstva (viz obrázek 14). Oproti tomu v těchto letech vzrostl podíl žen používajících tradiční metody antikoncepce. K tomuto nárůstu došlo ve všech kvintilech kromě nejbohatšího.

Zajímavý je fakt, že pravděpodobně v důsledku omezenějšího přístupu ke službám a zboží PR a vyčerpání zásob v zařízeních Ministerstva zdravotnictví vzrostl počet hlášených interrupcí. V letech 2000 a 2001 bylo ve zdravotnických zařízeních Ministerstva zdravotnictví ošetřeno asi 35 tisíc případů neúplného UPT, zatímco v roce 2002 to bylo téměř 39 tisíc a v roce 2003 přes 41 tisíc neúplných UPT.

Z příkladu zkušenosti v Peru lze vzít poučení pro jiné rozvojové země. Tyto země mají omezené zdroje, které poskytují univerzální pokrytí prostřednictvím veřejného sektoru. Přestože je jejich strategie koncipována se zaměřením na chudé, výsledkem může být služba značné části lidí, kteří si mohou dovolit platit za péči, a omezení přístupu lidem, kteří si to mohou dovolit nejméně (Gribble aj., 2007).

### 6.2.3 Třetí skupina a Jamajka

Ve třetí skupině se sdružují středoamerické státy Belize a Panama, jihoamerický stát Surinam a karibské státy Jamajka a Trinidad a Tobago.

Státy této skupiny se zdají být poměrně různorodé. Podle ekonomické výkonnosti se zde seskupují státy Trinidad a Tobago, který je zcela nejvýkonnější ze všech států vstupujících do analýzy. Dále Panama a Surinam, které patří k těm ekonomicky výkonnějším, a Belize a Jamajka vykazující hodnoty ukazatele HDP/osobu v PPP v US \$ zhruba jednou tolik nižší. Různorodost se projevuje i v ukazatelích jako například mateřská úmrtnost, kde se na jedné straně vyskytuje 46 zemřelých matek na 100 tisíc živě narozených dětí (Trinidad a Tobago) a na straně druhé 130 zemřelých matek na 100 tisíc živě narozených dětí (Surinam). Určitou

podobnost lze ovšem hledat v ukazateli prevalence HIV, jehož hodnoty jsou ve všech státech poměrně vysoké. Také průměrná hodnota tohoto ukazatele je v porovnání s ostatními skupinami nejvyšší.

### *Jamajka*

Jamajka je největším anglicky mluvícím ostrovem v Karibiku, kde v roce 2013 žilo 2,8 miliony obyvatel (Jarrett aj., 2014)<sup>5</sup>. Epidemiologický profil země je tvořen klesající zátěží přenosných chorob a značným nárůstem nepřenositelných nemocí. Přesto hraje HIV nadále významnou roli v úrovni nemocnosti a úmrtnosti obyvatelstva a zdravotnímu sektoru přináší velké finanční náklady. Navíc epidemie ohrožuje národní produktivitu, jelikož se většina případů týká lidí v reprodukčním věku a pracujících (Jarrett aj., 2014).

Jamajka je zemí s jednou z nejvyšší prevalence HIV v celém regionu Latinské Ameriky a Karibiku. Podle nejnovějších odhadů vztahujících se k období let 2010–2015 byl podíl obyvatel ve věku 15–49 let nakažených HIV vyšší pouze na Bahamách (2,8 %; tento stát není zahrnutý do analýzy, nicméně je pro něj dostupný údaj o prevalenci HIV) a v Belize (2,3 %) a stejný s úrovní jako na Haiti (1,8 %) (UN, 2013d).

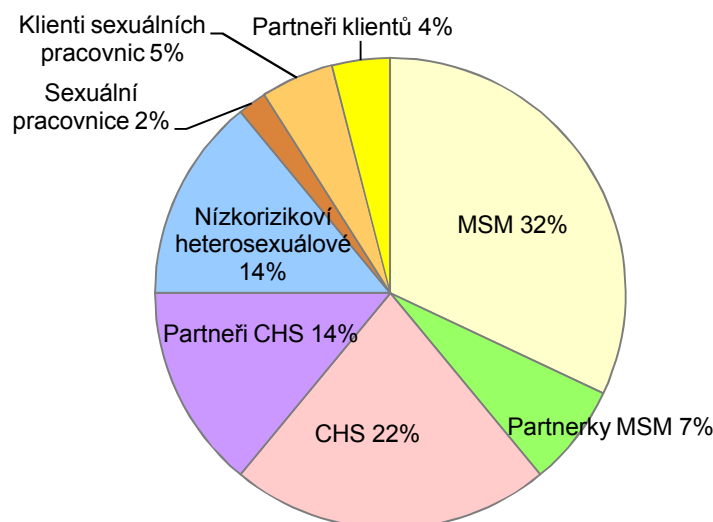
Onemocnění HIV/AIDS začalo být na Jamajce problémem od roku 1982, kdy byl hlášen první případ. Od té doby bylo Ministerstvu zdravotnictví nahlášeno 30 620 případů nakažení virem HIV. Epidemie zasahuje celé území, nicméně nejvyšší výskyt HIV byl zjištěn v nejvíce urbanizovaných obcích a v turistických oblastech. Epidemie HIV je úzce spjata s chudobou, se sociokulturními otázkami a otázkami vývoje včetně pomalého hospodářského růstu, vysoké míry nezaměstnanosti, také s brzkým zahájením sexuálního života, s kulturou, kde je běžné mnohonásobné partnerství, s drogami a prostitucí (Jarrett aj., 2014). Z průzkumů vyplývá, že vyšší podíl nakažených HIV se vyskytuje v populacích, kde muž má sex s mužem (32,8 %), v populaci sexuálních pracovníků (4,1 %) a mezi bezdomovci (12 %) (Jarrett aj., 2014 dle Ministry of Health, 2012).

Počty nových případů infekce HIV se v poslední dekádě snížily o 25 %, nicméně v roce 2012 bylo očekáváno 2 500 nových nakažení. Z těchto nových případů se očekávalo přibližně 32 % v populaci, kde muž má sex s mužem (MSM), což je skupina s nejvyšším rizikem nakažení HIV (viz obrázek 15).

---

<sup>5</sup> Na zpracovávání tohoto dokumentu se dohodly členské státy UNAIDS v roce 2001. Každý stát se zavázal podávat zprávu o vývoji situace v oblasti HIV každé dva roky od roku 2010. Na sepsání zprávy o situaci na Jamajce se pod záštitou Ministerstva zdravotnictví podílely jak národní organizace, tak UNAIDS.

**Obr. 15 – Odhad rozložení nových případů nakažení virem HIV v hlavních rizikových populacích na Jamajce, 2012**



**Poznámky:** MSM (Men who have sex with men) = Muži, kteří mají sex s muži,  
CHS (Casual heterosexual sex) = Příležitostný heterosexuální pohlavní styk

**Zdroj:** Jarrett aj., 2014, odhady vznikly v rámci analýzy Modes of Transmission Analysis. Ministry of Health, Jamaica. 2012.

Výzkum Modes of Transmission Analysis z roku 2012 také ukázal, že krevní transfuze a skupina zdravotníků vystavená riziku nejsou na Jamajce významnými způsoby přenosu HIV. Ovšem na základě hlášených případů HIV bylo zjištěno, že hlavními rizikovými faktory je střídání více sexuálních partnerů, dříve prodělané pohlavně přenosné nemoci, užívání drog a pohlavní styk s prostitutkami (Jarrett aj., 2014).

Na zlepšení situace v oblasti epidemie HIV se na Jamajce podílí vláda, ministerstva, nevládní organizace, skupiny ze soukromého sektoru, partneři mezinárodního rozvoje i osoby žijící s HIV. Reakce na danou situaci se odehrává prostřednictvím pětiletého strategického plánu, který se týká šesti prioritních oblastí: prevence, léčba, péče a podpora, životní prostředí a lidská práva, správa a posílení postavení a též monitorování a hodnocení.

Z výzkumu vyplývá, že od roku 2004, kdy byl zaveden všeobecný přístup k antiretrovirálním lékům<sup>6</sup>, se počet úmrtí na AIDS snížil o 61 %. A dále počet každoročně prováděných testů na HIV se od roku 2004 do roku 2013 téměř zdvojnásobil. Také přechod na financování ze státního rozpočtu měl pozitivní dopad v případě testování těhotných žen na HIV, kdy téměř všechny ženy navštěvující veřejné kliniky byly testovány, což také vedlo k míře přenosu z matky na dítě<sup>7</sup> nižší než 1,9 % v roce 2013 (Jarrett aj., 2014).

V současnosti se odhaduje, že přes 30 200 lidí na Jamajce je HIV pozitivních, což představuje 1,8 % dospělého obyvatelstva. Zhruba 30 % z těchto osob si není vědomo, že je nakaženo virem HIV. Od roku 1982 do roku 2012 bylo hlášeno 8 102 úmrtí v důsledku

<sup>6</sup> antiretrovirální léky zpomalují množení viru HIV v organismu

<sup>7</sup> V případě nulového zásahu se míra přenosu z HIV pozitivní matky na dítě pohybuje v rozmezí 15–45 %. Tato míra může být snížena pod 5 % pomocí účinné intervence.



onemocnění AIDS. To tak zůstává nejčastější příčinou úmrtí u dospělých ve věku 15–49 let. Přibližně 74 % případů onemocnění AIDS se vyskytovalo ve věkové skupině 20–49 let, 86 % případů pak spadalo do věkové skupiny 20–60 let. Počet případů nemoci AIDS je i nadále vyšší u mužů než u žen, i když se tento rozdíl v průběhu let snížil. Před rokem 1995 tvořily ženy 37 % z osob nakažených nemocí AIDS, v letech 2004–2008 to bylo 44 % a v letech 2009–2012 přibližně 46 % (Jarrett aj., 2014 dle Duncan aj. 2010).

Šest hlavních mezinárodních agentur uznalo význam propojení politik, programů a služeb reprodukčního zdraví a HIV/AIDS. Tyto vazby jsou nezbytné pro splnění mezinárodních rozvojových cílů, jako jsou například Mezinárodní rozvojové cíle tisíciletí stanovené OSN. Propojení programů plánovaného rodičovství a HIV vytváří podmínky pro lepší přístup k prevenci, léčbě a službám PR, zlepšení úrovně sexuálního zdraví a přispívá tak k vytyčeným cílům v oblasti HIV a PR. Na základě toho byl na Jamajce v roce 2012 vytvořen integrací několika složek Národní výbor pro plánované rodičovství – Úřad pro sexuální zdraví. Díky této organizaci se Jamajka zapojila do jedné z iniciativ – nově vytvořeného programu Justice for All (Spravedlnost pro všechny). Zapojení státu do tohoto programu je příkladem odhodlání vlády bojovat proti stigmatizaci a diskriminaci a prosazovat lidská práva a důstojnost všech.

Ovšem paradoxně vedle toho na Jamajce platí zákon o trestných činech vůči osobám, který zcela zakazuje anální sex. Porušení zákona je trestáno až 10 lety vězení s těžkou prací. Tento zákon omezuje poskytování kvalitních služeb populaci MSM kvůli strachu z trestního stíhání v důsledku vyzrazení. Odstranění zákona by usnadnilo rozvoj a realizaci komplexní léčby a preventivních programů zaměřených na populaci MSM. Je zřejmé, že zrušení zákona nesníží riziko, avšak podpoří uskutečnění programů zaměřených na tuto skupinu lidí (Jarrett aj., 2014).

#### **6.2.4 Čtvrtá skupina a Haiti**

Čtvrtá skupina sestává ze čtyř států Bolívie, Guatemala, Guyana a Haiti, a tvoří tak nejméně početný subregion ze všech. Bolívie a Guyana leží v Jižní Americe, Guatemala ve Střední Americe a Haiti je ostrovní stát v Karibiku.

Skupinu určuje nejnižší úroveň prevalence všech antikoncepčních metod i prevalence moderních metod antikoncepce, kde je průměrná hodnota v porovnání s první skupinou zhruba poloviční. Dále je pro toto seskupení států charakteristická výrazně nejvyšší úroveň mateřské úmrtnosti v porovnání s ostatními skupinami. Jednoznačně nejvyšší úroveň kojenecké i dětské úmrtnosti patří také tomuto subregionu. Průměrná hodnota ukazatele prevalence HIV je v porovnání s ostatními skupinami druhá nejvyšší. Tři ze čtyř států této skupiny vykazovaly celkově nejvyšší úroveň úhrnné plodnosti ze všech států vstupujících do analýzy, což se promítá i do její průměrné hodnoty. Míra plodnosti adolescentů se ukázala jako druhá nejvyšší mezi vytvořenými skupinami zemí. Ukazatel vypovídající o ekonomické výkonnosti a koupěschopnosti obyvatelstva dokládá, že se jedná o jedny z nejhudších zemí ze všech zkoumaných.

### *Haiti*

Stát Haiti se nachází v karibské oblasti na jednom z ostrovů, o který se dělí s Dominikánskou republikou. Tato země je nejzaostalejší zemí v celém regionu Latinské Ameriky a Karibiku (USAID, 2011).

V roce 2005 zde žilo zhruba 9,5 milionu obyvatel a v roce 2013 kolem 10,3 miliony obyvatel (UN, 2013d). Takový počet osob žijících na malém území činí z Haiti jeden ze států s největší hustotou zalidnění (334 obyvatel/km<sup>2</sup> v roce 2005 a 372 obyvatel/km<sup>2</sup> v roce 2013) v celém latinskoamerickém regionu. Populace Haiti je velmi mladá, neboť zde podíl obyvatel mladších 15 let tvořil 35 % v roce 2013 a obyvatelé starší 60 let tvořily pouze 7 % celé populace (UN, 2013d). Také poměrně nízký podíl obyvatel žilo ve městech – 44 % v roce 2005 a 56 % v roce 2013 – přestože se region Latinské Ameriky a Karibiku řadí mezi nejvíce urbanizované regiony rozvojového světa (Guzmán aj., 2006).

Ze všech států ležících na západní polokouli je Haiti nejchudší (USAID, 2011). Jednou z nejvýznamnějších příčin špatného zdravotního stavu obyvatel Haiti je právě chudoba. Za méně než 1 US \$ na den zde žilo přes polovinu obyvatel a s méně než 2 US \$ na den si muselo vystačit 80 % v roce 2012 (World Bank, 2014b). Kromě chudoby vytvořily další faktory jako například násilí, ekonomicky motivovaná migrace a nákaza virem HIV neobvyklou nestabilitu v rodinných strukturách, která má dalekosáhlé dopady na zdraví matky a dítěte.

Služby PR byly na Haiti zavedeny v 60. letech minulého století nejprve v rámci zdravotnických programů soukromého sektoru a později také ve veřejných zařízeních. Na konci 80. let byly výrazně sníženy finanční prostředky pro rozvoj PR, díky čemuž se výrazně omezily poskytované služby ve veřejných institucích a hlavním poskytovatelem služeb PR se tak stal opět soukromý sektor včetně nevládních organizací. Za posledních 20 let kvalita služeb PR trpěla kvůli řadě problémů v oblasti řízení a provozu. V důsledku toho docházelo často k úplnému vyčerpání zásob, řada poskytovatelů služeb neměla dostatečné znalosti, kvalita péče byla špatná, nabídka metod antikoncepce omezená a stejně tak přístup ke službám z důvodu jejich nerovnoměrného rozložení v zemi (USAID, 2011 dle Rivero-Fuentes aj., 2008).

Úroveň prevalence moderních metod antikoncepce se v průběhu let zvyšovala (13 % v roce 1995, 24 % v roce 2005 a 31 % v roce 2012), nicméně i v současnosti se nachází na velmi nízké úrovni v porovnání s průměrnou hodnotou za Latinskou Ameriku a Karibik, která v roce 2011 činila 66 %. Výsledky mnoha studií ukázaly, že s rostoucí prevalencí antikoncepce klesá mateřská, kojenecká a dětská úmrtnost i nemocnost a úmrtnost spojená s HIV/AIDS. S nízkou úrovní prevalence antikoncepce je tak na Haiti spojena vysoká úroveň mateřské, kojenecké i dětské úmrtnosti (UN, 2013g).

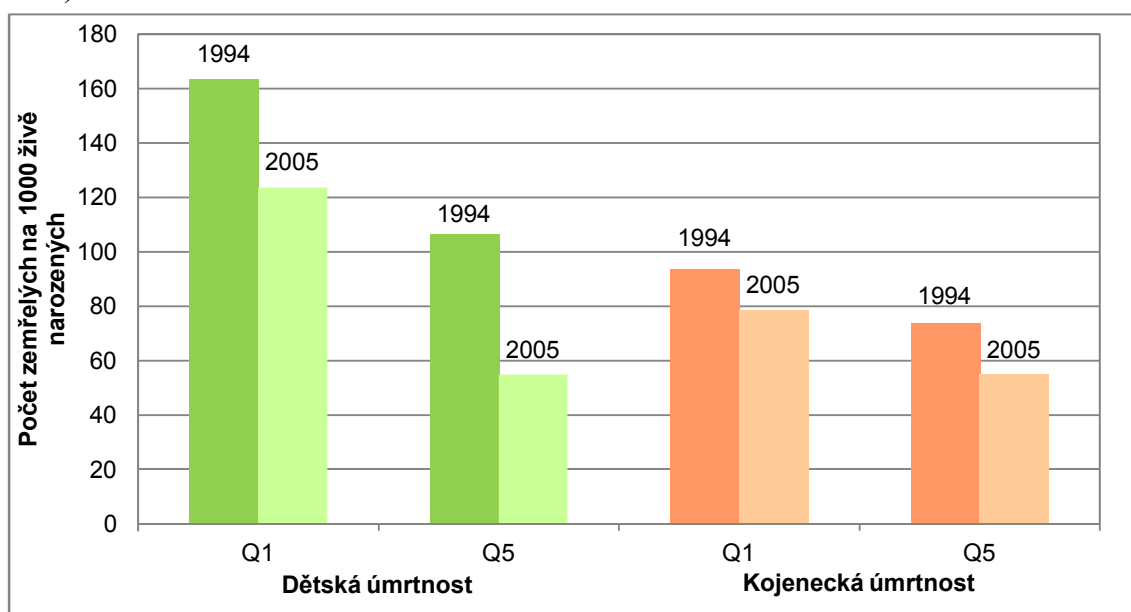
Podle dostupných informací dosahovala mateřská úmrtnost v roce 1995 úrovně 550 zemřelých matek na 100 tisíc živě narozených dětí, v roce 2005 klesla tato hodnota na 410 a o pět let později na 350 (UN, 2013d). Přestože vývoj úrovně mateřské úmrtnosti vykazoval

klesající tendenci, stále se svou intenzitou Haiti příliš nevzdaluje od nejméně rozvinutých zemí<sup>8</sup>, kde v roce 2010 připadalo na 100 tisíc živě narozených dětí 430 zemřelých matek (UN, 2013g).

Špatné úmrtnostní poměry matek a dětí na Haiti lze z velké části přičíst porodům probíhajícím mimo zdravotní zařízení, kde až 75 % žen rodí doma. Zřetelný rozdíl je patrný mezi ženami žijícími v hlavním městě Port-au-Prince (52 % žen rodí doma) a ženami na venkově (85 % žen rodí doma) (Prins aj., 2008). Takto vysoký podíl žen rodících doma vysvětlují faktory jako je přístup ke zdravotním službám, jejich kvalita, náklady s tím spojené a vzdálenost nebo také dostupnost. Určitou roli hrají také sociálně kulturní aspekty, kdy například rodičky preferují, aby u jejich porodu asistovala žena, nebo lpí na tradičních praktikách po narození dítěte.

Úroveň kojenecké a dětské úmrtnosti na Haiti patří mezi nejvyšší na světě (UN, 2013g). Jak již bylo řečeno, chudoba, která je spojena s nerovným přístupem ke zdravotním službám, významně ovlivňuje úroveň reprodukčního zdraví.

**Obr. 16 – Úroveň dětské a kojenecké úmrtnosti v pětíně nejchudšího a nejbohatšího obyvatelstva, Haiti, 1994 a 2005**



**Poznámky:** Q1–Q5 označuje pět skupin (kvintilů) obyvatel rozdělených podle bohatství od Q1 = nejchudší po Q5 = nejbohatší. K rozdělení podle bohatství slouží tzv. index bohatství, což je ukazatel složený z kumulovaných standardů životní úrovně domácností. Index bohatství se počítá ze snadno shromažditelných dat týkajících se majetku domácnosti, jako je například televize či jízdní kolo, dále se zjišťuje materiál, který byl použit k bytové výstavbě, a dále způsoby přístupu k vodě a typy hygienických zařízení. Všechny domácnosti, které se zúčastnily šetření, jsou na základě indexu bohatství rozděleny do pěti kvintilů.

**Zdroj:** WHO, 2013

<sup>8</sup> Podle definice United Nations General Assembly (platné k červnu 2013) bylo mezi nejméně rozvinuté země zahrnuto 49 států – 34 v Africe, 9 v Asii, 5 v Oceánii a jeden v Latinské Americe a Karibiku. Jednalo se o tyto země: Afghánistán, Angola, Bangladéš, Benin, Bhútán, Burkina Faso, Burundi, Kambodža, Středoafrická republika, Čad, Komory, Demokratická republika Kongo, Džibutsko, Rovnická Guinea, Eritrea, Etiopie, Gambie, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Laoská lidově demokratická republika, Lesotho, Libérie, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mosambik, Myanmar, Nepál, Niger, Rwanda, Samoa, Svatý Tomáš a Princův ostrov, Senegal, Sierra Leone, Šalamounovy ostrovy, Somálsko, Jižní Súdán, Súdán, Východní Timor, Togo, Tuvalu, Uganda, Sjedinčená republika Tanzanie, Vanuatu, Jemenu a Zambii (UN, 2013g).

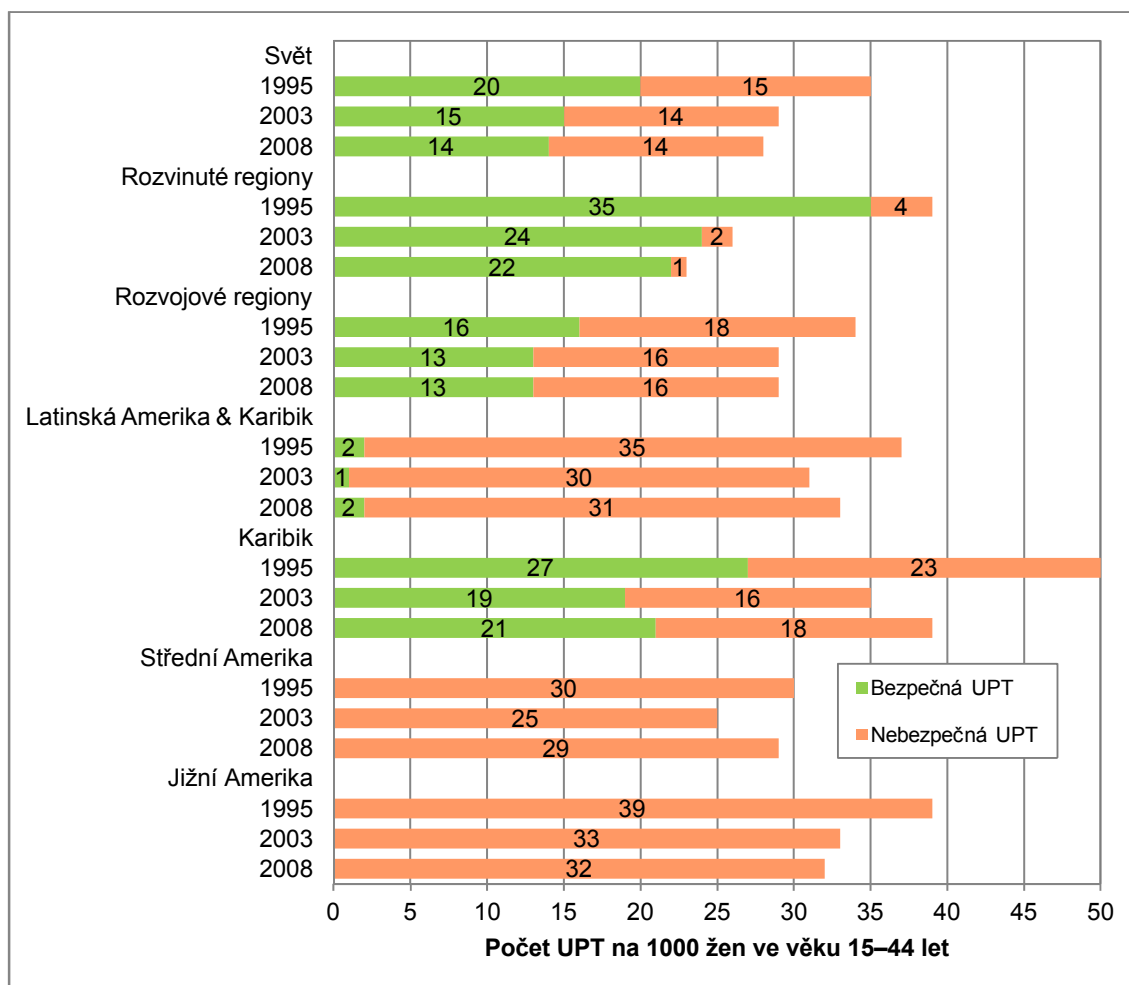
Rozdíly mezi bohatou a chudou vrstvou obyvatelstva Haiti jsou mimo jiné patrné i v úrovni dětské a kojenecké úmrtnosti. Změnu úrovně dětské a kojenecké úmrtnosti během jedné dekády v pětina nejchudšího a nejbohatšího obyvatelstva zachycuje obrázek 16.

### 6.3 Úroveň umělé potratovosti v Latinské Americe a Karibiku

Počet UPT v Latinské Americe a Karibiku je těžké odhadnout. Jak bylo zmíněno v kapitole 3.3.3, provedení UPT bylo v naprosté většině zemí značně omezeno zákonem nebo dokonce zcela zakázáno. Z tohoto důvodu jsou údaje získávané z demografických průzkumů nespolehlivé a není tak k dispozici dostatek informací k provedení důkladné analýzy tohoto jevu a případného vlivu na úroveň porodnosti (Guzmán aj., 2006).

Odhaduje se, že v Latinské Americe a Karibiku podstupuje UPT ročně přes 4 miliony žen (4,4 miliony v roce 2008; Sedgh, 2012). Z toho je pravděpodobně 95 % prováděno buď osobami s nedostatečnými dovednostmi, nebo v prostředí, které není v souladu s minimálními lékařskými normami, anebo obojí (Guzmán aj., 2006). Ve srovnání s ostatními světovými regiony se předpokládá vyšší podíl nebezpečně prováděných interrupcí pouze v Africe (97 % v roce 2008). Z hlediska latinskoamerických subregionů se pravděpodobně 100 % všech UPT provádí nebezpečně ve Střední a Jižní Americe. V oblasti Karibiku se předpokládá podíl nebezpečných UPT 47 % (2008). Pouze v tomto subregionu se odhadovaný podíl v průběhu let nepatrně měnil: 47 % (1995), 45 % (2003), 46 % (2008). K takto výrazně nižšímu podílu nebezpečných UPT oproti Střední a Jižní Americe přispívá největší karibský ostrovní stát Kuba, kde jsou interrupce legální a obecně bezpečné (Guttmacher Institute, 2012).

Závažnost situace v Latinské Americe a Karibiku dokládají i odhadované hodnoty obecné míry umělé potratovosti (viz obrázek 17). Ve světě byl v roce 2008 počet UPT na 1000 žen ve věku 15–44 let 28 ‰ a z toho polovinu tvořily bezpečné a polovinu nebezpečné interrupce. V rozvojových zemích se mezi lety 1995 (34 ‰) a 2008 (29 ‰) situace zlepšila, nicméně podíl nebezpečných UPT stále převyšoval podíl těch bezpečně prováděných. V oblasti Latinské Ameriky a Karibiku dosahovaly hodnoty obecné míry umělé potratovosti 37 ‰ v roce 1995; ve stejném roce byla vyšší úroveň zjištěna pouze v Evropě, kde ale na rozdíl od latinskoamerického regionu tvořily nebezpečné umělé potraty pouze 12 % (Sedgh, 2012). Mezi lety 2003 a 2008 se v Latinské Americe a Karibiku navzdory celosvětovému klesajícímu trendu hodnoty obecné míry umělé potratovosti mírně zvýšily. Stejně vzrůstající tendenci vykazovaly i hodnoty v subregionech Střední Ameriky a Karibiku. Mírný pokles mezi lety 2003 a 2008 byl zaznamenán pouze v Jižní Americe.

**Obr. 17 – Odhad obecné míry umělé potratovosti (v ‰) ve světě a v regionech, 1995, 2003 a 2008**

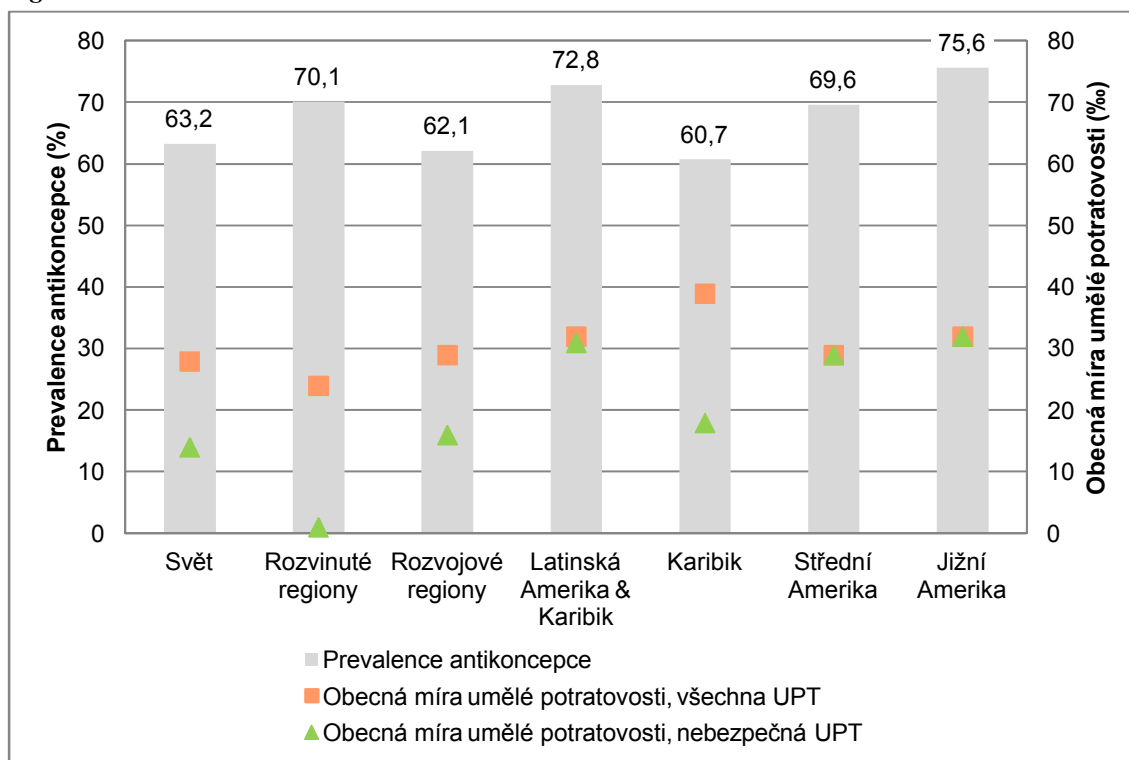
**Poznámky:** V případě Střední Ameriky a Jižní Ameriky byla úroveň bezpečné umělé potratovosti odhadnuta na hodnotu menší než 0,5, proto není v grafu viditelná; Rozvinuté regiony zahrnují Evropu, Severní Ameriku, Austrálii, Japonsko a Nový Zéland, ostatní regiony jsou klasifikovány jako rozvojové.

**Zdroj:** Sedgh aj., 2012

Ve všech třech letech 1995, 2003 a 2008 byla v regionu Latinské Ameriky a Karibiku ve srovnání s Afrikou, Asií, Evropou, Severní Amerikou a Oceánií odhadnuta nejvyšší úroveň obecné míry umělé potratovosti – jak v případě všech UPT, tak i v případě nebezpečných UPT. Avšak přesto, že byly nebezpečné interrupce v Latinské Americe a Karibiku tak časté, úmrtnost matek v důsledku nebezpečně prováděných interrupcí zde nedosahovala příliš vysoké úrovně ve srovnání s ostatními regiony. Například v Africe v roce 2008 dosahovala mateřská úmrtnost, vyjádřená počtem úmrtí matek na 100 tisíc živě narozených, spojená s nebezpečným UPT, až osmkrát vyšší hodnoty, než tomu bylo ve zkoumaném regionu. Také ve srovnání let 1990 a 2008 došlo v Latinské Americe a Karibiku hned po Evropě k druhému největšímu poklesu úrovně mateřské úmrtnosti spojené s nebezpečným UPT z 30 na 10 úmrtí matek na 100 tisíc živě narozených (WHO, 2012c). Pro srovnání lze uvést, že hodnoty ve světě dosahovaly 50 úmrtí matek na 100 tisíc živě narozených v roce 1990, o téměř 20 let později klesly na 30 úmrtí na 100 tisíc živě narozených.

Klíčem ke snížení počtu interrupcí je eliminace nechtěných těhotenství, což znamená zvýšení prevalence antikoncepce. V případě Latinské Ameriky a Karibiku je ale zajímavé, že i přes vysokou prevalenci antikoncepce, má region zároveň nejvyšší úroveň umělé potratovosti na světě.

**Obr. 18 – Prevalence antikoncepce (2011) a obecná míra umělé potratovosti (2008) ve světě a v regionech**



**Poznámky:** Prevalence antikoncepce vyjadřuje podíl vdaných žen nebo žen žijících v kohabitaci v reprodukčním věku užívající alespoň jednu z metod antikoncepce. Obecná míra umělé potratovosti vyjadřuje počet UPT na 1000 žen v reprodukčním věku (15–44 let).

**Zdroj:** UN, 2013a, Sedgh aj., 2012

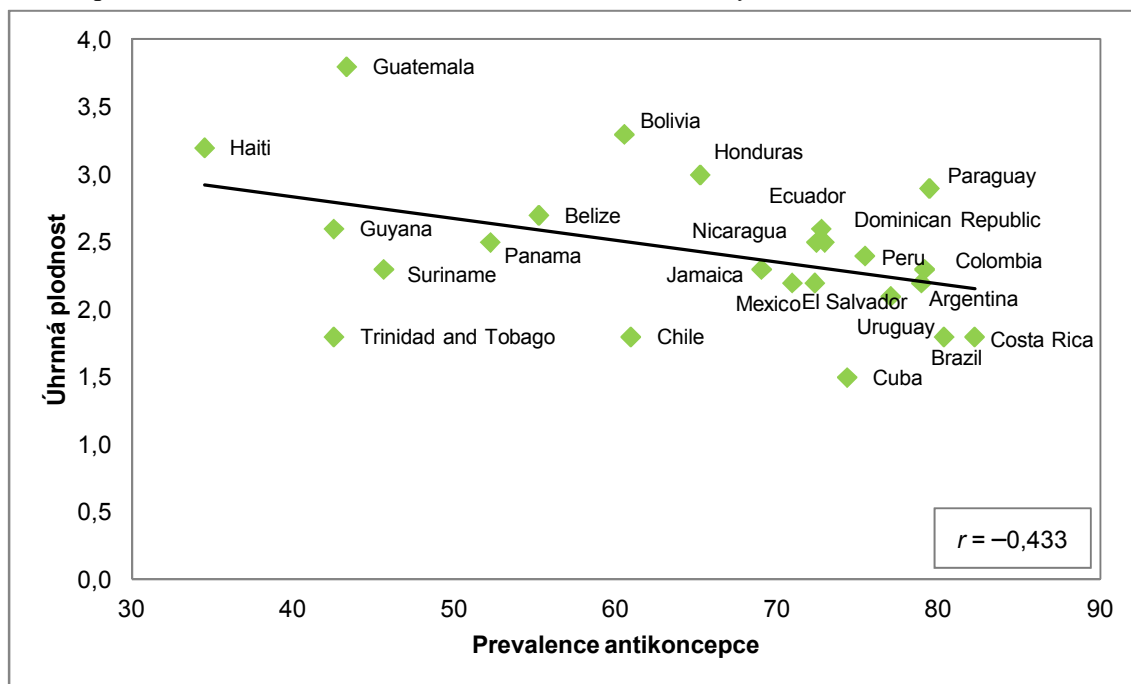
## 6.4 Korelační analýza

V této kapitole bylo snahou zjistit, zda existuje závislost jednak mezi úrovní prevalence antikoncepce a úrovní úhrnné plodnosti, a jednak mezi úrovní prevalence antikoncepce a přísností zákonů týkajících se UPT.

Vypočtením Pearsonova korelačního koeficientu, který v tomto případě měří sílu lineární závislosti mezi proměnnými prevalence antikoncepce a úhrnná plodnost, bylo zjištěno, že  $r = -0,433$ . Tento výsledek ukazuje na středně silnou nepřímou závislost mezi proměnnými. Dále byly porovnány hodnoty testové statistiky  $T$  ( $-2,255$ ) a studentova  $t$  rozložení ( $2,074$ ). Jelikož  $|T| > t_{n-2}(\alpha)$ , byla na hladině  $\alpha = 5\%$  zamítnuta  $H_0$  o lineární nezávislosti proměnných prevalence antikoncepce a úhrnná plodnost.

Závislost mezi vybranými proměnnými zachycuje korelační diagram v obrázku 19. Jednotlivými body byla proložena přímka, která naznačuje směr závislosti, tedy s rostoucí úrovní prevalence antikoncepce klesá úroveň úhrnné plodnosti.

**Obr. 19 – Korelační diagram mezi úrovní prevalence antikoncepce za období 2001–2012 a úrovní úhrnné plodnosti za období 2010–2015 ve státech Latinské Ameriky a Karibiku**



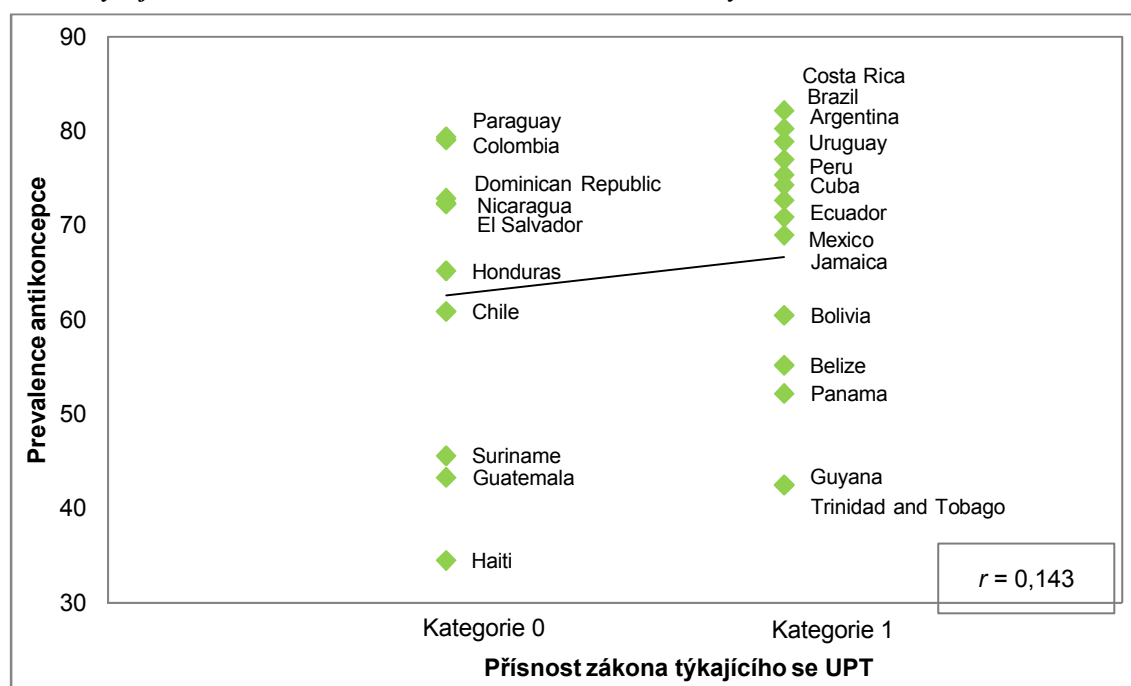
**Zdroj:** UN, 2013d, vlastní výpočet

Na základě zjištěných informací lze tuto středně silnou závislost mezi úrovní prevalence antikoncepce a úrovní úhrnné plodnosti částečně vysvětlit úrovní vzdělanosti žen. Je prokázáno, že s rostoucí vzdělaností žen jednak klesá plodnost, a jednak se usnadňuje šíření myšlenek týkajících se rodičovství, antikoncepce, sociálního postavení a hodnoty žen. To by znamenalo, že v zemích, kde žijí ženy vzdělanější, žijí také ženy častěji používající některou z metod zabránění otěhotnění. Důsledkem toho je pak nižší úroveň úhrnné plodnosti.

Dalším faktorem, který ovlivňuje intenzitu používání antikoncepce, je bohatství ve smyslu životní úrovně rodiny. Chudoba vytváří překážky v přístupu ke zdravotnickým službám, a tedy i ženy s nižšími příjmy mají omezený přístup k moderním metodám antikoncepce. To opět v důsledku ovlivňuje úroveň plodnosti žen.

Pro zjištění závislosti mezi úrovní prevalence antikoncepce a přísností zákona týkajícího se UPT byl vypočten biseriální korelační koeficient. Byla vypočtena hodnota  $r_{pb} = 0,143$ , což svědčí o velmi slabé závislosti. Porovnáním hodnot testové statistika  $T$  (0,679) a studentova  $t$  rozložení (2,074) bylo zjištěno, že  $|T| < t_{n-2}(\alpha)$ , a proto nebylo možné na hladině  $\alpha = 5\%$  zamítnout  $H_0$  o nezávislosti proměnných prevalence antikoncepce a přísnost zákonů týkajících se UPT. Vztah mezi proměnnými je zachycen v obrázku 20.

**Obr. 20 – Korelační diagram mezi úrovní prevalence antikoncepce za období 2001–2012 a přísností zákona týkajícího se UPT za rok 2005 ve státech Latinské Ameriky a Karibiku**



**Poznámky:** Kategorie 0 zahrnuje země s restriktivními zákony týkajícími se UPT; Kategorie 1 zahrnuje země s liberálními zákony týkajícími se UPT.

**Zdroj:** UN, 2013d, vlastní výpočet

Korelační diagram naznačuje jen velmi slabou závislost, která navíc nebyla prokázána, kdy s liberalizací zákonů týkajících se UPT stoupá úroveň prevalence antikoncepce. Úroveň prevalence antikoncepce nezávisí na přísnosti zákona proto, že ženy se v případě nechtěného těhotenství velmi pravděpodobně rozhodnou pro interrupci bez ohledu na to, zda jí zákon zakazuje.



## Kapitola 7

### Závěr

Téma reprodukčního zdraví je velmi široké a obsáhlé. Existuje mnoho způsobů zpracování tohoto tématu a tato práce nabízí jeden z nich. Problematika reprodukčního zdraví a umělé potratovosti spolu velmi úzce souvisí, neboť úroveň umělé potratovosti a bezpečnost provádění interrupcí jsou ukazateli kvality a dostupnosti poskytovaných zdravotních služeb v zemi i v celém regionu. Reprodukční zdraví obyvatel je aktuálním tématem nejen v Latinské Americe a Karibiku, ale i v ostatních rozvojových regionech, kde se lidé, a zejména ženy, potýkají s překážkami, které jim do cesty klade zákon, nekvalitní služby, jejich špatná dostupnost či nedostatek financí.

Po Severní Americe je Latinská Amerika a Karibik regionem s nejvyšší prevalencí antikoncepce na světě. V roce 2011 zde podíl žen užívajících alespoň jednu z metod antikoncepce tvořil 72,8 %. K tak vysoké úrovni prevalence antikoncepce nejvíce přispívá subregion Jižní Amerika, kde některou z metod zabránění otěhotnění používalo 75,6 % žen v reprodukčním věku. Přesto, že region Latinské Ameriky a Karibiku vykazuje jednu z nejvyšších úrovní prevalence antikoncepce, vyskytuje se zároveň v této oblasti nejvyšší úroveň umělé potratovosti na světě. Navíc je podle odhadů 95 % všech UPT prováděno nebezpečně, což nejčastěji znamená vykonání zákroku osobou s nedostatečnými dovednostmi nebo v nevyhovujícím prostředí. Hlavní příčinou vysokého podílu nebezpečných interrupcí jsou restriktivní zákony týkající se UPT platné ve většině zemí Latinské Ameriky a Karibiku.

Podstatnou část práce představuje shluková analýza, jejímž cílem bylo vytvoření skupin zemí na základě ukazatelů reprodukčního zdraví, úrovně porodnosti a ekonomické výkonnosti. Seskupením vznikly čtyři subregiony, z nichž každý je něčím typický. První skupina sdružuje země, kde je podle vybraných ukazatelů v porovnání s ostatními skupinami reprodukční zdraví obyvatel na nejvyšší úrovni. Zároveň jde o jedny z ekonomicky nejvýkonnějších zemí a také o země s nízkou úhrnnou plodností. Do tohoto subregionu se seskupily státy Argentina, Uruguay, Mexiko, Kostarika, Brazílie, Chile a Kuba. V rámci skupiny byl k podrobnější charakteristice vývoje programů plánovaného rodičovství vybrán stát Chile. V této zemi proběhly programy plánovaného rodičovství úspěšně, což se v současnosti promítá ve velmi nízké úrovni mateřské úmrtnosti, kojenecké úmrtnosti i dětské úmrtnosti. Přesto, že v Chile

hrálo důležitou roli katolické náboženství, lidé běžně používali moderní metody antikoncepce. Ba naopak, za vlády se silnou vazbou na katolickou církev byla přijata první vládní politika plánovaného rodičovství. V průběhu 60. až 80. let se v zemi postupně rozvíjely programy plánovaného rodičovství a zlepšovala se situace v oblasti reprodukčního zdraví. Výjimku tvořilo období vojenské diktatury, na jejímž konci nový zákon ještě více omezil přístup k legálnímu UPT.

Druhá skupina byla vytvořena státy Kolumbie, El Salvador, Ekvádor, Peru, Dominikánská republika, Nikaragua, Honduras a Paraguay. Jedná se o země méně ekonomicky výkonné s poměrně vysokou úrovní mateřské, kojenecké i dětské úmrtnosti a také vyšší úhrnnou plodností oproti první skupině. V této skupině byl vybrán stát Peru, na jehož příkladě bylo ukázáno, že i dobře míněná politika může mít nepříznivý dopad na skupinu lidí, pro kterou je určena. Na konci 80. let proběhl v zemi první Národní program pro plánování rodiny, který významně přispěl k poklesu úrovně úhrnné plodnosti. Druhý Národní program pro plánování rodiny fungující na začátku 90. let byl zaměřený na rozšíření poskytování služeb v zaostalých a převážně venkovských oblastech. Zpočátku stát poskytoval služby a produkty v městských oblastech za poplatek, zatímco chudým lidem na venkově zdarma. Později byly služby a produkty plánovaného rodičovství poskytovány zdarma všem, což významně přispělo k celkovému nárůstu prevalence moderní antikoncepce. Ovšem způsobilo to i situaci, kdy veřejných dotací využívaly ženy schopné platit. Následně byla vláda nucena spolu s poklesem dárcovských produktů změnit zdravotnický model, který vytvořil značné překážky zákazníkům. Mezi lety 2002 a 2004 došlo k úplnému vyčerpání zásob, což mělo za následek pokles prevalence antikoncepce ve všech socioekonomických vrstvách obyvatelstva. Přestože strategie vlády byla koncipována se zaměřením na chudé, ve výsledku pomohla lidem, kteří to nepotřebovali, a omezila přístup ke zdravotním službám těm, kteří si to mohli nejméně dovolit.

Do třetí skupiny se sdružily státy Belize, Panama, Surinam, Jamajka a Trinidad a Tobago. Vytvořily tak poměrně různorodý subregion, jednak z pohledu ekonomické výkonnosti, jednak z pohledu ukazatelů reprodukčního zdraví. Nicméně nejvýraznějším ukazatelem spojujícím tyto státy byla poměrně vysoká prevalence HIV přesahující ve všech státech průměrnou hodnotu Latinské Ameriky a Karibiku (0,4 % v roce 2011). Blíže byla situace v oblasti HIV popsána ve státě Jamajka, kde prevalence HIV dosahovala téměř nejvyšší úrovně v celém regionu Latinské Ameriky a Karibiku. Onemocnění HIV/AIDS začalo být na Jamajce problémem s objevením prvního případu v roce 1982. V současnosti zasahuje celé území, zejména ovšem nejvíce urbanizované obce a turistické oblasti. Podle dostupných informací bylo zjištěno, že na Jamajce se vyšší podíl nakažených HIV vyskytuje v populacích, kde muž má sex s mužem, v populaci sexuálních pracovníků a mezi bezdomovci. Od zavedení všeobecného přístupu k antiretrovirálním lékům v roce 2004 výrazně klesl počet úmrtí na AIDS, dále se značně zvýšil počet každoročně prováděných testů na HIV, přičemž téměř všechny těhotné ženy navštěvující veřejné kliniky byly testovány. V důsledku toho významně poklesla míra přenosu z matky na dítě. Důležitým krokem bylo na Jamajce v roce 2012 propojení programů plánovaného rodičovství a HIV, což vytvořilo podmínky pro lepší přístup k prevenci, léčbě a službám plánovaného rodičovství.

Čtvrtá skupina se skládá ze států Bolívie, Guatemala, Guyana a Haiti. Pro tuto skupinu je charakteristická nejnížší úroveň prevalence antikoncepce a nejvyšší úroveň mateřské úmrtnosti, kojenecké úmrtnosti i dětské úmrtnosti v porovnání s ostatními skupinami. Tento subregion je také typický nejvyšší úrovní úhrnné plodnosti. Ukazatel vypovídající o ekonomické výkonnosti a koupěschopnosti obyvatelstva dokládá, že se jedná o jedny z nejchudších zemí ze všech zkoumaných. Naprosto nejchudší a nejzaostalejší zemí je Haiti, jehož situace v oblasti reprodukčního zdraví byla zachycena blíže. Kvalita služeb plánovaného rodičovství je na Haiti velmi nízká, což se také odráží v úrovni prevalence moderních metod antikoncepce (31 %, 2012). S tím je na Haiti spojena vysoká úroveň mateřské, kojenecké i dětské úmrtnosti. Špatné úmrtnostní poměry matek a dětí na Haiti lze z velké části přičíst porodům probíhajícím mimo zdravotnická zařízení. Úroveň kojenecké a dětské úmrtnosti v tomto státě patří mezi nejvyšší na světě a také zde jsou viditelné značné rozdíly mezi chudou a bohatou vrstvou obyvatelstva.

V práci byla také provedena korelační analýza zkoumající existenci závislosti jednak mezi úrovní prevalence antikoncepce a úrovní úhrnné plodnosti, a jednak mezi úrovní prevalence antikoncepce a přísností zákonů týkajících se UPT. V prvním případě byla vypočtením Pearsonova korelačního koeficientu ověřena středně silná nepřímá závislost, kdy s rostoucí úrovní prevalence antikoncepce klesá úroveň úhrnné plodnosti. Tento výsledek lze částečně vysvětlit úrovní vzdělanosti žen, neboť je prokázáno, že s rostoucí vzdělaností žen klesá plodnost a současně se usnadňuje šíření myšlenek týkajících se rodičovství, antikoncepce, apod. Lze tedy říci, že v zemích, kde jsou ženy vzdělanější, jsou také ženy častěji používající některou z metod zabránění otěhotnění. Důsledkem toho je pak nižší úroveň úhrnné plodnosti. Dalším faktorem, který ovlivňuje intenzitu používání antikoncepce a v důsledku také úroveň plodnosti žen, je bohatství ve smyslu životní úrovně. V druhém případě, tedy pro zjištění závislosti mezi úrovní prevalence antikoncepce a přísností zákona týkajícího se UPT, byl vypočten biseriální korelační koeficient, který vypovídal o velmi slabé závislosti. Možné vysvětlení lze hledat ve zjištění, že úroveň prevalence antikoncepce nezávisí na přísnosti zákona proto, že ženy se v případě nechtěného těhotenství velmi pravděpodobně rozhodnou pro interrupci bez ohledu na to, zda ji zákon zakazuje.

Klíčem ke snížení umělé potratovosti všeobecně, ne pouze v Latinské Americe a Karibiku, je předcházet neplánovaným těhotenstvím, která se velká část žen rozhodne řešit umělým potratem. Proto je zcela zásadní rovný přístup k moderním metodám plánovaného rodičovství, zlepšování kvality informací a šíření poskytování kvalitních zdravotních služeb. Pro hlubší analýzu problematiky umělé potratovosti v jednotlivých státech Latinské Ameriky a Karibiku je určující dostupnost dat týkajících se interrupcí. V tomto ohledu by postupná liberalizace zákonů týkajících se UPT mohla pomoci ke zkvalitnění statistik.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAILEY, P. 1995. Post-abortion care : Problem outcomes. In KOBLINSKY, M. aj. *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation : Final Report of the Subcommittee on Safe Pregnancy*. Washington : Carolina Population Center, 1995, s. 80–83.
- BEITH, A. aj. 2006. Decentralizing and Integrating Contraceptive Logistics Systems in Latin America and the Caribbean, With Lessons Learned from Asia and Africa. Arlington : USAID, 2006. 84 s.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2013. Reproduction Health [online]. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 2013, August 2013 [cit. 2014-04-25]. Contraception. Dostupný z WWW: <<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/contraception.htm>>.
- CORONA, E. 2006. Vulnerability and risk, influencing factors : Latin America. In World Health Organization. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva, 2006, s. 12.
- CRR. 2013. Centrum for Reproductive Rights : Mapping the trends [online]. New York: Centrum for Reproductive Rights, 2013 [cit. 2014-04-09]. Dostupný z WWW: <[http://worldabortionlaws.com/about.html#\\_edn3](http://worldabortionlaws.com/about.html#_edn3)>.
- GAUSMAN, J.; MALARCHER, S. 2011. Social determinants of sexual and reproductive health : a global overview. *Entre Nous : The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. 2011, č. 73, s. 4–6. ISSN-1014-8485.
- GRIBBLE, N., J.; SHARMA, S.; MENOTTI P. E. 2007. Family Planning Policies and Their Impacts On the Poor : Peru's Experience. *International Family Planning Perspectives*. 2007, vol. 33, no. 4, 176–181 s.
- Guttmacher Institute. 2012. In Brief : Fact Sheet [online]. New York : Guttmacher Institute, 2012, June 2014 [cit. 2014-07-17]. Facts on Induced Abortion Worldwide. Dostupný z WWW: <[http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_IAW.html](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html)>.
- Guttmacher Institute. 2014. Fact Sheet : Contraceptive Use in the United States [online]. New York : Guttmacher Institute, 2014, June 2014 [cit. 2014-05-19]. Contraceptive effectiveness. Dostupný z WWW: <[http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_contr\\_use.html#table2](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contr_use.html#table2)>.

- GUZMÁN M. J.; RODRÍGUEZ J.; MARTÍNEZ J. aj. 2006. The Demography of Latin America and the Caribbean since 1950. Santiago de Chile, 2006. 620 s.
- HENDL, J. 2006. Přehled statistických metod zpracování dat : Analýza a metaanalýza dat. Praha : Portál, 2006. 583 s. ISBN 80-7367-123-9.
- JARRETT, S. aj. 2014. Jamaica : Country Progress Report. Jamaica : UNAIDS, 2014. 99 s.
- KAHOUN, J. 2014. O čem skutečně vypovídá regionální HDP? ČSÚ : Statistika&My. 2014, č. 2.
- LOŠKOVÁ, L. 2011. Ženská sterilizace jako forma trvalé antikoncepce. České Budějovice, 2011. 85 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupný z WWW: <[https://theses.cz/id/b3vdd1/ensk\\_sterilizace-\\_LOKOV.pdf](https://theses.cz/id/b3vdd1/ensk_sterilizace-_LOKOV.pdf)>.
- MELOUN, M.; MILITKÝ, J. 2013. Přednosti analýzy shluků ve vícerozměrné statistické analýze [online]. Pardubice, 2013 [cit. 2013-06-05]. Dostupný z WWW: <<http://meloun.upce.cz/docs/publication/152.pdf>>.
- OWNO. 2014. Maps: Political Map of the World [online]. One World – Nations Online, 2014 [cit. 2014-07-29]. Dostupný z WWW: <<http://www.nationsonline.org/oneworld/index.html>>.
- PAVLÍK, Z.; RYCHTAŘÍKOVÁ, J.; ŠUBRTOVÁ, A. 1986. Základy demografie. Praha : Academia, 1986. 732 s.
- PRB. 2011. Abortions : Facts and Figures. MESCE, D.; CLIFTON, D. Washington: Population Reference Bureau, 2011. 61 s.
- PRB. 2013. 2013 World population data sheet [online]. HAUB, C.; KANEDA, T. Washington: Population Reference Bureau, September 2013 [cit. 2014-05-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.prb.org/Publications.aspx>>. ISSN 0085-8315.
- PRINS, A.; KONE, A.; NOLAN, N.; THATTE, N. 2008. USAID/Haiti Maternal and Child Health and Family Planning Portfolio Review and Assessment. Cambridge : USAID, 2008. 83 s.
- ROB, L.; MARTAN, A.; CITTEBART, T. aj. 2008. Gynekologie: Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- SANHUEZA, H. 2007. Family Planning in Chile : A Tale of the Unexpected. In ROBINSON, C., W.; ROSS, A., J. The Global Family Planning Revolution : Three Decades of Population Policies and Programs. Washington: World Bank, 2007, s. 105–119. ISBN-10: 0-8213-6951-2.
- SHIEL, W. C.; STÖPPLER, M. C. 2008. Webster's new world medical dictionary. New Jersey : Wiley Publishing, 2008. 483 s. ISBN 978-0-470-18928-3.
- SZÚ. 2008. Hodnocení zdravotního stavu: Zdravotní důsledky a rušivé účinky hluku. Praha. ŽEJGLICOVÁ, K. aj. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008. [Kap.] II., Vybrané ukazatele

- demografické a zdravotní statistiky – reprodukční zdraví, s. 45–51.  
ISBN 978-80-7071-300-6.
- U. S. Food and Drug Administration. 2011. Mifeprex (mifepristone) Information [online]. Silver Spring : U. S. Food and Drug Administration, 2011 [cit. 2014-06-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm111323.htm>>.
- UCSF Medical Center. 2002. Medical Abortion [online]. San Francisco : University of California, 2002 [cit. 2014-07-12]. Dostupný z WWW: <[http://www.ucsfhealth.org/treatments/medical\\_abortion/index.html](http://www.ucsfhealth.org/treatments/medical_abortion/index.html)>.
- UN. 2002. Abortion Policies : A Global Review. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2002. [Kap.] Major Dimensions of Abortion Policy, Introduction.
- UN. 2012a. Methods and classifications : Country and area codes [online]. United Nations Statistics Division. New York: United Nations, 2012 [cit. 2014-07-15]. Composition of regions. Dostupný z WWW: <<http://unstats.un.org/unsd/methods.htm>>.
- UN. 2012b. World Contraceptive Use 2012 [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2012 [cit. 2014-04-10]. Contraceptive prevalence. Dostupný z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>>
- UN. 2013c. World Abortion Policies 2013. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013. ISBN 978-92-1-151501-5.
- UN. 2013e. World Population Policies 2013. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013. ISBN 978-92-1-151511-4.
- UNDP. 2014. Human Development Reports : Gender Inequality Index [online]. New York: United Nations Development Programme, 2014 [cit. 2014-08-02]. Dostupný z WWW: <<http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>>.
- USAID. 2011. USAID Graduation from Family Planning Assistance : Implications for Latin America. BERTRAND, J. Washington : USAID, 2011. 105 s.
- VANDEN H. E.; PREVOST, G. 2009. Politics of Latin America : The Power Game. New York: Oxford University Press, 2009. 632 s. ISBN 978-0-19-533998-7.
- WHO. 2004. Reproductive health strategy: to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva : World Health Organization, 2004. 31 s.
- WHO. 2006. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva : World Health Organization, 2006, 30 s.
- WHO. 2010. International Classification of Diseases –10 Version: 2010 [online]. Geneve : World Health Organization, 2010 [cit. 2014-06-27]. Dostupný z WWW: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>>.

- WHO. 2011a. The WHO Reproductive Health Library : Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy [online]. GAFFIELD, M. Geneva : World Health Organization, 2011 [cit. 2014-05-11]. Methods of the Review. Dostupný z WWW: <[http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/cd007595\\_Gaffieldme\\_com/en/](http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/cd007595_Gaffieldme_com/en/)>.
- WHO. 2011b. Indicator and Measurement Registry [online]. Version 1.7.0. Geneva : World Health Organization, 2011 [cit. 2014-06-09]. Dostupný z WWW: <[http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App\\_Main/indicator\\_registry.aspx](http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/indicator_registry.aspx)>.
- WHO. 2011c. Unsafe abortion : Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneve : World Health Organization, 2011. Sixth edition. ISBN 978-92-4-150111-8.
- WHO. 2012a. Social science methods for research on sexual and reproductive health. COLLUMBIEN, M.; BUSZA J.; CLELAND J.; CAMPBELL O. Geneva, 2012. ISBN 978-92-4-150311-2.
- WHO. 2012b. Safe abortion : technical and policy guidance for health systems. Geneve : World Health Organization, 2012. Second edition. ISBN 978-92-4-154843-4.
- WHO. 2012c. Unsafe abortion incidence and mortality : Global and regional levels in 2008 and trends during 1990 –2008 [online]. Geneve : World Health Organization, 2012 [cit. 2014-07-07]. Dostupný z WWW: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO\\_RHR\\_12.01\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75173/1/WHO_RHR_12.01_eng.pdf)>
- WHO. 2014a. Family planning [online]. Fact sheet N°351. Geneve, 2014, May 2013 [cit. 2014-06-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>>.
- WHO. 2014b. Children: reducing mortality [online]. Fact sheet N°178. Geneve, 2014, September 2013 [cit. 2014-06-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>>.
- WHO. 2014c. Sexually transmitted infections [online]. Fact sheet N°110. Geneve, 2014, November 2013 [cit. 2014-06-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>>.
- World Bank. 2014b. Countries : Haiti overview [online]. Washington : World Bank, 2014 [cit. 2014-08-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview>>.
- ZWINGER, A. aj. 2004. Porodnictví. Praha : Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

## SEZNAM ZDROJŮ DAT

- SEDGH, G.; SINGH, S.; HENSHAW, S. K. aj. 2012. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*. 2012, vol. 379, no. 9816, s. 625–632.
- UN. 2012c. World Contraceptive Use 2012 [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2012 [cit. 2014-04-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>>.
- UN. 2013a. World Contraceptive Patterns 2013. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013. ISBN 978-92-1-151510-7.
- UN. 2013b. World Population Policies : Population Policies [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013 [cit. 2014-04-19]. Dostupný z WWW: <<http://esa.un.org/PopPolicy/cprofile.aspx?MainMenu&Type=Variables>>.
- UN. 2013d. World Population Policies : Population Indicators [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013 [cit. 2014-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://esa.un.org/PopPolicy/cprofile.aspx?MainMenu&Type=Variables>>.
- UN. 2013f. World Population Prospects: The 2012 Revision [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013 [cit. 2014-07-13]. Dostupný z WWW: <<https://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A54>>.
- UN. 2013g. World Mortality 2013. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013. ISBN 978-92-1-151513-8.
- WHO. 2013. Global Health Observatory Data Repository [online]. Geneva: WHO, 2013 [cit. 2014-02-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/gho/database/en/>>.
- World Bank. 2014a. World Development Indicators [online]. Washington : World Bank, 2014 [cit. 2014-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>>.



## PŘÍLOHY

Příloha 1 – Obrázek rozložení států Latinské Ameriky a Karibiku



Zdroj: UN, 2012a; OWNO, 2014; vlastní zpracování

**Příloha 2 – Ukazatele vstupující do shlukové analýzy**

Stát	Region	Prevalence všech antikoncepčních metod		Prevalence moderních antikoncepčních metod	Mateřská úmrtnost		Kojenecká úmrtnost	Dětská úmrtnost	Prevalence HIV	Úhrnná plodnost	Míra plodnosti adolescentů	HDP/osobu v PPP v US \$	
		Rok	Hodnota	Hodnota	Rok	Hodnota	Hodnota	Hodnota	Hodnota	Hodnota	Hodnota	Rok	Hodnota
Argentina	JA	2005	78,9	69,9	2010–2015	77	11	13	0,4	2,2	54	2012	18 400
Belize	SA	2011	55,2	51,8	2010–2015	53	13	15	2,3	2,7	71	2012	8 586
Bolivia	JA	2008	60,5	33,8	2010–2015	190	39	52	0,3	3,3	72	2012	5 749
Brazil	JA	2006	80,3	77,1	2010–2015	56	19	24	0,3	1,8	71	2012	14 551
Colombia	JA	2010	79,1	72,7	2010–2015	92	16	23	0,5	2,3	69	2012	11 892
Costa Rica	SA	2010	82,2	79,9	2010–2015	40	8	10	0,3	1,8	61	2012	13 320
Cuba	K	2011	74,3	73,2	2010–2015	73	4	6	0,2	1,5	43	2012	18 796
Dominican Republic	K	2007	72,9	69,5	2010–2015	150	26	28	0,7	2,5	100	2012	11 208
Ecuador	JA	2004	72,7	58,7	2010–2015	110	17	21	0,4	2,6	77	2012	10 073
El Salvador	SA	2008	72,3	66,1	2010–2015	81	17	21	0,6	2,2	76	2012	7 575
Guatemala	SA	2002	43,3	34,4	2010–2015	120	23	31	0,8	3,8	97	2012	7 112
Guyana	JA	2009	42,5	39,8	2010–2015	280	28	34	1,1	2,6	88	2012	6 159
Haiti	K	2012	34,5	31,0	2010–2015	350	40	67	1,8	3,2	42	2012	1 602
Honduras	SA	2006	65,2	56,1	2010–2015	100	22	32	0,7	3,0	84	2012	4 500
Chile	JA	2001	60,9	57,9	2010–2015	25	6	7	0,5	1,8	55	2012	21 468
Jamaica	K	2003	69,0	66,2	2010–2015	110	21	25	1,8	2,3	70	2012	8 569
Mexico	SA	2006	70,9	66,5	2010–2015	50	14	17	0,3	2,2	63	2012	16 426
Nicaragua	SA	2007	72,4	68,8	2010–2015	95	17	20	0,2	2,5	101	2012	4 328
Panama	SA	2009	52,2	48,8	2010–2015	92	15	18	0,8	2,5	79	2012	16 946
Paraguay	JA	2008	79,4	70,1	2010–2015	99	30	37	0,3	2,9	67	2012	7 342
Peru	JA	2011	75,4	51,1	2010–2015	67	17	26	0,4	2,4	51	2012	11 805
Suriname	JA	2006	45,6	45,0	2010–2015	130	17	23	1,0	2,3	35	2012	15 440
Trinidad and Tobago	K	2006	42,5	37,7	2010–2015	46	24	31	1,5	1,8	35	2012	29 594
Uruguay	JA	2004	77,0	74,8	2010–2015	29	11	14	0,6	2,1	58	2012	18 280

**Poznámky:** SA = Střední Amerika, K = Karibik, JA = Jižní Amerika

**Zdroj:** UN, 2012c; UN, 2012d; World bank, 2014a